

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**A Rotura Artificial de Membranas como estratégia para acelerar o
trabalho de parto: Que pertinência?**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*Sob a orientação da
Professora Maria Vitória B. Castro Parreira*

Diana Bárbara Martins Teixeira Seca

Porto, 2014

Agradecimentos

À Professora Vitória Parreira, pelo seu apoio e incentivo ao longo da minha formação, sem o qual não teria chegado aqui.

Aos meus orientadores de estágio, particularmente à enfermeira Ana Silva, cuja orientação me ajudou a crescer como aluna, profissional e pessoa.

Aos meus pais, meus maiores incentivadores, que sempre me deram suporte para continuar a caminhada. A minha mãe **Margarida** pela sua força nos momentos mais precisos. E ao meu pai **António**, que com seu exemplo de vida me ensinou a perseguir sonhos.

Ao **João**, pelo apoio, amor e companheirismo que me serviu de estímulo para esta longa caminhada.

Aos meus amigos, em particular à Nádia Santos, a quem devo muita admiração e que sempre me apoiou e estimulou.

Siglas e Abreviaturas

- TP - Trabalho de Parto
- EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna
- HPH - Hospital Pedro Hispano
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- RN - Recém-Nascido
- HTA - Hipertensão Arterial
- RCIU - Restrição Crescimento Intra-uterino
- PGE2 - Prostaglandina E2
- FCF - Frequência Cardíaca Fetal
- CTG - Cardiotocografia
- EGB - Estreptococos Grupo B
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- CVP - Cateter venoso periférico
- EV - Endovenoso
- IM - Intramuscular
- RAM - Rotura Artificial de Membranas
- LA - Líquido Amniótico
- PBE - Prática Baseada em Evidência

Resumo

O presente relatório pretende descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, ao longo do estágio clínico realizado no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos. Privilegia uma síntese critico-reflexiva nas áreas de cuidados na gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto. O suporte legal é sustentado pelo regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que contempla as Competências de Cuidados Especializados definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, são apresentados e fundamentados, nas diferentes áreas, os saberes utilizados na área clínica bem como a atividade diagnóstica e respetivas intervenções que consideramos mais adequadas, prestadas à mulher/ casal e sua família, tendo por base a evidência científica mais atual.

No sentido de demonstrar como podemos ser consumidores e produtores de resultados de investigação, apresentamos um estudo sob a metodologia de uma revisão integrativa da literatura, acerca da pertinência, eficácia e riscos da amniotomia para a evolução do trabalho de parto, pois dado a frequência da sua realização, a reflexão acerca da sua pertinência se revelou de interesse significativo para problematizar neste estágio. Apresentam-se onze estudos acerca da técnica da amniotomia, que estão, maioritariamente, de acordo com a sua eficácia na indução e/ou aceleração do trabalho de parto. No entanto, embora estatisticamente não relevantes, são apresentados concomitantemente riscos como aumento da taxa de cesariana, alterações no índice de Apgar, aumento do risco de infeção materno-infantil, entre outros. Tendo estes resultados como base, conclui-se que outros estudos devem ser feitos, nesta área, de forma a contribuir para intervenções e condutas adequadas face às necessidades em cuidados especializados e individualizados, de acordo a cultura e vontade da parturiente e a sua singularidade como pessoa.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro, especialista SMO; Evidência; Amniotomia, eficácia, pertinência, trabalho de parto.

Abstract

The present report is a critical analysis to describe the acquirement of specific competencies, during the learning process undertaken in the clinical internship in the Hospital Pedro Hispano (Matosinhos, Portugal). It aims to be a reflexive and critical analysis of the areas of "Pregnancy, Labour and Puerperium". The legal support is supported by the "regulamento do 2º ciclo de estudos" of "Escola Superior de Enfermagem do Porto" and contemplates the competencies of specialized care defined by "Ordem dos Enfermeiros". So, we presented the knowledge used in this internship as well as the diagnostic activity and associated interventions applied to women/couples and their families, in light of the most up to date scientific evidence.

In order to demonstrate how we can not only put research results into practice, but also to achieve new and meaningful findings, this report is supported on an integrative literature review of the amniotomy's efficacy and of the risks it carries for labour. For that, a study is presented, using an integrative revision as a method, about the pertinence, efficacy and risks of amniotomy to the process of labour. In fact, amniotomy is a technique that has been used very often on a worldwide scale, therefore demanding a thorough analysis of whether it is actually the most appropriate procedure in all the cases in which is used. Most of the 11 papers presented in the literature review agree on the efficacy of amniotomy in the induction of labour and in its acceleration. On the other hand, the articles also point out some risks such as caesarean prevalence, decrease of Apgar score and higher chances of maternal-fetal infections, even though the occurrence of these outcomes was not significant.

Finally, the integrative literature review leads to the conclusion that new research is necessary in order to contribute with recommendations of best standard practices to be adopted by all midwives. These practices must meet each parturient's specific needs and should be applied according to women's will and informed consent.

Keywords: Competencies, Midwife; Evidence, Amniotomy; efficacy; pertinence, labour.

INDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PROJETO DE ESTÁGIO: COMPETÊNCIAS DO EEESMO	14
2. DESENVOLVIMENTO DAS ACTIVIDADES DE ESTÁGIO	18
2.1. Gravidez	19
2.2. Trabalho de Parto	25
2.2.1. Admissão	26
2.2.2. Trabalho de Parto	27
2.2.3. Recém-Nascido	58
2.3. Pós-Parto	64
2.3.1. Puérpera	65
2.3.2. Recém-Nascido	75
2.3.3. Amamentação	83
2.3.4. O Regresso a Casa	87
3. A ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS COMO ESTRATÉGIA PARA ACELERAR O TRABALHO DE PARTO: QUE PERTINÊNCIA?	92
3.1. Introdução	93
3.2. Metodologia	94
3.3. Resultados	96
3.4. Discussão	104
3.5. Conclusões	109
4. REFLEXÃO FINAL	110
5. CONCLUSÃO	114
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
7. ANEXOS	134
LISTA DE COMPETENCIAS DO EEESMO SEGUNDO O REGULAMENTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS	136
EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO E PARTOS REALIZADOS	140

INDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 . Artigos apresentados na revisão integrativa.....	91
Tabela 2 - Quadro de experiências de estágio.....	108

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do TP.....	31
--------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia através do regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, é permitido ao estudante, a opção pela realização de um estágio, no segundo ano, de cariz profissionalizante, a desenvolver no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto e cujo processo culmine na realização de um relatório que potencie não só uma estratégia crítico reflexiva sobre as práticas em cuidados especializados, para atingir as competências, como também seja demonstrado que no seu percurso formativo, o estudante recorreu à prática baseada na evidência.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (2012) define o Enfermeiro especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p.15). A problematização e reflexão das intervenções aplicadas permite uma compreensão da globalidade e aplicabilidade do processo de enfermagem, torna possível solucionar problemas e promove a concepção de fundamentos, o que demonstra e permite uma participação crítica e ativa dos cuidados prestados.

É neste contexto, que este relatório de estágio contempla a descrição da análise crítico reflexiva que descreve o processo de desenvolvimento de competências do EESMO, sob os pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados publicados pela OE e também a abordagem de uma problemática, que deveria ser selecionada pelo estudante.

Os objetivos da realização deste relatório são, através da resposta ao projeto inicialmente proposto, apresentar as atuações do enfermeiro especialista, refletindo acerca da importância da sua adequação e actualidade; demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizando as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Evidenciar competências no âmbito do planeamento de cuidados ao casal e sua família respeitando as suas diferenças culturais, nas diferentes áreas de atuação do EESMO; apresentar o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental pelo casal; apresentar uma revisão integrativa; baseada numa problemática considerada pertinente não só para o bem-estar materno/infantil, mas também para promover a orientação da prática.

Assim, o desígnio de problematizar as práticas sob uma perspetiva reflexiva e ponderada motivou-nos a realizar uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática que se torna interessante visto se tratar de uma técnica interventiva, a amniotomia, que é aplicada como estratégia para acelerar a evolução do trabalho de parto de forma, muitas vezes rotineira. A problematização desta temática tem como finalidade contribuir para o processo de tomada de decisão em enfermagem baseado em evidências científicas congruentes com as necessidades reais em cuidados das clientes a cuidar. Recorremos ao método da revisão integrativa da literatura, por este permitir integrar as evidências científicas encontradas, suscetíveis de melhorar e sustentar as práticas (Sousa,2010).

Existem diferentes técnicas de abreviar o trabalho de parto sendo a amniotomia documentada como uma técnica útil para a indução ou acelerar do TP, mas que não deixa de apresentar riscos inerentes. De forma a compreender a importância, vantagens e riscos desta técnica e a contribuir para a melhor conduta profissional, é realizada a referida revisão da literatura, com a questão inicial seguinte: A Rotura Artificial de

Membranas como estratégia para acelerar o trabalho de parto: Que pertinência?

A realização de amniotomia é uma prática frequente durante o trabalho de parto (Smyth, Alldred e Markham, 2008). Este método pode diminuir o tempo de trabalho de parto e permitir uma indução do mesmo, segundo estudos realizados (Barrett, [et al.] 1992; Fraser, [et al.] 2002). Este acelerar da evolução do TP parece ser de consenso geral, embora o mecanismo através do qual se dá o acelerar do TP, reste ainda por descobrir claramente (Smyth, Alldred e Markham, 2008).

A amniotomia é aceite como método para acelerar o TP, quando este se torna estacionário ou muito demorado. O método de amniotomia é caracterizado pela introdução de um pequeno gancho, para aplicar na bolsa amniótica, rompendo as duas membranas e permitindo ao líquido amniótico de sair. (Oberg, 2010). No entanto, esta prática tem-se tornado tão comum, que a decisão de efetuar uma amniotomia é tomada muito levemente.

De forma a dar cumprimento aos objetivos, caracterizados no capítulo seguinte, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta o projeto individual de estágio onde estão descritos os objetivos e o percurso do estágio. O segundo capítulo descreve as atividades de estágio desenvolvidas tendo como objetivo a demonstração da aquisição de competências que pretendem dar cumprimento à diretiva de 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005. No terceiro capítulo está descrita a opção metodológica, que contempla a revisão integrativa da literatura, sobre a Rotura Artificial de Membranas como estratégia para acelerar o trabalho de parto. Por último, no quarto capítulo, é apresentada uma apreciação global e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento do estágio e da revisão integrativa elaborada.

No desenvolvimento deste relatório está implícita a importância da prática baseada em evidência. Esta constitui-se, mais do que método de

trabalho, como uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Assim, para a consecução deste trabalho foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso às seguintes bases de dados: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Pubmed*, *Elsevier* (Science Direct), EBSCOhost®, MEDLINE, CINAHL, *Scielo*, NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) e B-On® (Biblioteca de Conhecimento Online).

1. PROJETO DE ESTÁGIO

O estágio realizou-se no Hospital Pedro Hispano (HPH), nas unidades de cuidados: Unidade de Grávidas de Risco (UGR), Bloco de Partos (BP) e Obstetrícia. Cada Unidade, de acordo com a sua especificidade, tinha o objetivo de assegurar cuidados de saúde diferenciados à mulher com patologia do foro ginecológico, à grávida, parturiente e/ou puérpera não só centrados na personalização, como também, garantir a excelência e melhoria dos cuidados. Apesar de este estágio ser um único foi realizado por módulos de Gravidez com complicações, Trabalho de parto e Auto-cuidado no Pós-parto e Parentalidade, ao longo do ano letivo de 2011/2012, num total de 900h.

O estágio de grávidas de risco permitiu o acompanhamento de grávidas com complicações ou início de TP, que ficavam em vigilância até passarem para o Bloco de Partos. No bloco de partos, como se trata da mesma equipa, há sempre uma enfermeira que fica designada para a consulta, sendo que dá resposta às urgências de saúde materna. Muitas vezes, recebem-se aqui, os inícios de trabalho de parto. Na unidade de internamento de Obstetrícia, recebem-se os casais e o recém-nascido no pós-parto, sendo este o único serviço onde se encontra uma equipa pluridisciplinar que inclui enfermeiros não especialistas em saúde materna.

Em todas as unidades foi primeiramente iniciada uma integração no serviço e na equipa permitindo uma maior capacidade de aprendizagem. Esta integração foi de forma geral, facilitada pelas equipas que se mostraram sempre extremamente acessíveis e disponíveis. Esta fase de integração é primordial para compreender aspetos básicos dos referidos serviços, mas que tomam importância fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade. São estes aspetos a estrutura física das unidades,

os protocolos; os sistemas informáticos de registo e traçabilidade e no que diz respeito ao funcionamento da equipa multidisciplinar.

O tempo de estágio permitiu uma integração continua na equipa assim como no exercício da aprendizagem das práticas de enfermagem, a recontextualizar os conhecimentos teóricos adquiridos previamente que foram indispensáveis para a compreensão das estratégias para os cuidados adequados, atualizados e individualizados às grávidas, às puérperas e RN, e fundamentalmente a análise crítica face aos novos conhecimentos adquiridos.

De acordo com o Plano de Estudos, são objetivos gerais do estágio:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional, através da integração de cuidados teóricos de investigação em enfermagem, problematizando uma temática de interesse para a prática da

No entanto, para além destes, apresentam-se os seguintes:

- Articular conhecimentos teóricos com a prática, desenvolvendo capacidades de crítica e de reflexão e permitindo justificar a actuação;
- Relacionar as aprendizagens práticas com as mais recentes evidências, de forma a problematizar e refletir sobre a atuação do EEESMO de acordo com a evidência científica, permitindo também valorizar a importância desta;

- Efetuar uma problematização, tendo um tema de interesse escolhido ao longo do estágio, de forma a efetuar uma revisão de literatura, permitindo a utilização das bases de investigação para o efeito;

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, após obter as qualificações académicas exigidas para o exercício legal da atividade, é o profissional responsável, autónomo, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Estas foram o ponto principal de partida para a prática reflexiva ao longo do estágio. As competências do EEESMO são apresentadas em anexo.

2. DESENVOLVIMENTO DAS ACTIVIDADES DE ESTÁGIO

Ao longo do estágio realizado foi possível ter contacto com três unidades diferentes, de forma a possibilitar um acompanhamento integral do percurso da mulher grávida no Hospital Pedro Hispano. Para tal, foi realizado um estágio na unidade de internamento de grávidas de risco, onde se encontram internadas todas as mulheres grávidas que apresentem algum risco na sua gravidez ou necessitem, por diferentes motivos, de monitorização contínua por parte dos profissionais de saúde. Esta unidade de internamento acolhe também mulheres com suspeita de início de trabalho de parto, permitindo que estas só deem entrada no bloco de partos quando se encontram em trabalho de parto efetivo. A segunda unidade mencionada é assim, o bloco de partos, onde dão entrada, como referido, as mulheres que se apresentem em trabalho de parto, ficando aqui internadas até duas horas após o nascimento. Terminadas estas duas horas de vigilância e acompanhamento pós-trabalho de parto, é efetuada a transferência da mulher para o serviço de internamento, onde esta fica internada com o seu RN, pelo tempo necessário, sendo, por norma 48 horas pós-parto. Neste hospital, existe também o bloco operatório, para recurso a uma cesariana em caso de necessidade. Nestes casos, a mulher é igualmente transferida para o serviço de obstetrícia após o nascimento, com a diferença do tempo de internamento, que dura, em média, 72 horas.

Tendo o estágio sido realizado nas três unidades referidas, seguidamente é efetuada uma descrição e reflexão das várias intervenções e competências desenvolvidas ao longo do estágio, tendo como base as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia. Pretende-se com este desenvolvimento, uma reflexão e descrição destas mesmas competências adquiridas, de forma a solidificar os conhecimentos mobilizados e adquiridos. É também objetivo deste desenvolvimento de competências, a utilização de dados baseados na

evidência para justificar as intervenções e ações desenvolvidas ao longo do estágio, de forma a expor situações problematizadas e refletidas.

2.1. Gravidez

Na unidade de grávidas de risco do hospital Pedro Hispano são admitidas grávidas que apresentam algum risco na sua condição e gravidez e que necessitem de vigilância e acompanhamento. Desta forma, as situações mais comuns verificadas neste campo foram situações de pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intra-uterino, diabetes mellitus gestacional descompensada, hiperemese gravídica, hemorragias na gravidez e ameaça de parto pré-termo. As principais intervenções de enfermagem neste serviço prendem-se com a monitorização do estado de saúde da grávida de acordo com a sua situação específica, assim como monitorização do bem-estar fetal (através da interpretação do cardiotocógrafo) e monitorização do trabalho de parto, quando existe risco deste, assim como escuta ativa, apoio emocional e também diferentes educações para a saúde efetuadas.

Em todas e qualquer destas situações, é frequente a ansiedade da grávida, visto estas se tratarem de situações inesperadas e que geram, por si só, preocupações. O papel do EEESMO no serviço de grávidas de risco toma assim uma importância fundamental, já que para além de todas as intervenções associadas à gravidez, tem um grande papel de escuta e diálogo com as grávidas. O EEESMO têm também um papel fundamental no que diz respeito a educação para a saúde e à interação com a mulher grávida. As mulheres hospitalizadas com gravidez de risco ou complicações na gravidez apresentam habitualmente, como referido, um nível elevado de ansiedade, devido a vários fatores como separação da família, o internamento, a gestão da situação e dos possíveis resultados para si e para o feto, etc. Por norma, este nível de ansiedade é naturalmente superior quando a complicação ou patologia põe em risco a viabilidade e bem-estar fetal. Vários estudos comprovam este aumento no nível de ansiedade

durante o internamento, sendo que procurar o motivo de ansiedade pode ajudar a melhorar e atenuar este sentimento (Labat, 2007). De acordo com um estudo realizado por Lexshimi et al. (2007), as mulheres que apresentam gravidez de risco, têm maior probabilidade de apresentar um alto nível de ansiedade e possivelmente depressão durante a gravidez. Surge aqui a importância da actuação dos profissionais de saúde, no sentido de minimizar esta probabilidade e perceber quais os principais fatores de risco associados de forma a minimizá-los e poder ajudar a mulher nesta fase.

O risco de ansiedade é, assim, um diagnóstico de enfermagem frequente na admissão da grávida de risco. Desta forma, tornou-se fundamental, neste serviço de internamento, o acompanhamento da grávida e familiares no sentido de explicar a situação de internamento, os riscos potenciais e acima de tudo os sinais de alerta que possam surgir. Intervenções como diálogo com a grávida, escuta ativa e educações para a saúde referidos foram realizadas em todos os casos de internamento ao longo do estágio. Uma boa forma de a mulher se sentir um pouco mais calma é tendo conhecimento da sua situação e sabendo o que pode fazer para ajudar a prevenir complicações, assim como saber detetá-las.

Todas as patologias associadas à gravidez têm cuidados específicos diferentes no sentido de prevenir complicações e sinais de alerta igualmente específicos. Por isto, todos os cuidados inerentes a cada situação específica foram ensinados e ajudados a cumprir. Sendo esta unidade de internamento não muito grande, e dado o tempo de internamento ser, frequentemente, longo, é possível um contacto familiar com as grávidas, o que permite uma maior empatia e confiança nos profissionais que as acompanham.

Tendo em conta que muitas vezes este internamento surge numa fase em que a mulher estaria a frequentar aulas de preparação para o parto e a esclarecer dúvidas acerca da gravidez e parentalidade, o internamento surge como um momento ótimo de aprendizagem. Embora a disponibilidade da mulher não seja a mesma devido à ansiedade que o internamento provoca, muitos momentos deste internamento são utilizados para

proporcionar alguns ensinamentos sobre o trabalho de parto e parentalidade. Ao longo do estágio a educação para a saúde foi possível e era notório que as mulheres se sentiam felizes por aproveitar o tempo (que muitas vezes sentiam ser desaproveitado), para conversar e aprender sobre o seu parto e os cuidados ao seu RN. É possível observar vários cartazes no serviço acerca de diferentes educações para a saúde referentes a parentalidade e amamentação.

Os cuidados e intervenções de enfermagem são individualizados e específicos para cada situação. Os casos de pré-eclampsia são muito comuns no serviço e caracterizam-se por uma condição em que a hipertensão se desenvolve numa mulher previamente normotensa, e provoca um processo patológico vasoespástico multissistémico, caracterizado por hipertensão e proteinúria. O diagnóstico de pré-eclampsia pode ser diferenciado em pré-eclampsia moderada ou severa, de acordo com os sintomas apresentados. A proteinúria apresentada é definida como uma concentração superior a 300mg numa amostra de urina de 24h. Embora seja possível a colheita de amostras aleatórias, o internamento permite uma avaliação nas 24h, que é mais fidedigna (Churchill [et al.], 2013).

Durante o internamento, muitas mulheres que eram internadas por apresentarem HTA eram tratadas com medicação oral (anti hipertensores), sendo o de primeira linha a nifedipina. Estudos demonstram que este é de facto o melhor tratamento, já que se verifica uma igualdade de resultados na utilização da nifedipina e metildopa, sendo o primeiro mais barato e facilmente disponível (Bharati, [et al.] 2010). Nos casos em que se verificava a presença de pré-eclampsia já instalada, o tratamento utilizado nesta patologia é a administração de sulfato de magnésio, que se mostra ser o mais ajustado, em relação a outros anticonvulsivos. Os protocolos utilizados atualmente com este fármaco são os mais adequados de forma a prevenir hipermagnesémia e risco de toxicidade (Kayem, [et al.] 2012). De acordo com a guideline clínica, no caso de se agravar a situação e o feto já se encontrar com a maturidade pulmonar assegurada, é frequente a opção pela indução do trabalho de parto, visto ser a forma de tratar

definitivamente a patologia (Romero-Arauz [et al.], 2012). Optando pelo tratamento e internamento, identificaram-se os diagnósticos de enfermagem, sendo os principais a hipertensão arterial, risco de crise convulsiva, dor, ansiedade, falta de conhecimento relativo à patologia. Desta forma, os cuidados e intervenções de enfermagem inerentes adotados passaram por vigilância de 4h/4h da tensão arterial, avaliação de edemas, avaliação e monitorização da dor (principalmente dor epigástrica, sendo este um dos principais sintomas de pré-eclâmpsia), monitorização do débito urinário, colheita de espécimes para análise e avaliação de resultados, monitorização cardiotocográfica (fundamental, dado a possível menor perfusão placentar), vigilância do estado neurológico e de possíveis convulsões, ajuda nas AVD's (dada a indicação para repouso no leito) e comunicação com a grávida (Lowdermilk and Perry, 2006). Esta última tem extrema importância, como já referido, de forma a informar devidamente acerca da patologia e a sua evolução e a prevenir a ansiedade natural da situação em que a mulher se encontra.

Outros casos muito frequentes de internamento no serviço de grávidas de risco são de restrição de crescimento intra-uterino. A restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) acontece quando se verifica um atraso no crescimento e desenvolvimento do feto. Esta restrição pode ser avaliada através da estimativa de peso fetal e através dos parâmetros biométricos (através da ecografia), classificada através dos percentis. Um feto abaixo do percentil 10 encontra-se abaixo do peso. (Imdad, [et al.] 2011). Os fetos com RCIU apresentam uma maior probabilidade de morbilidade e/ou mortalidade, pelo que é importante que esta seja prevenida e diagnosticada (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Quando é efetuado o diagnóstico de RCIU, é fundamental: manter vigilância do crescimento fetal e da oxigenação fetal; assegurar a maturidade fetal; promover parto assim que o feto tenha atingido a maturidade ou hajam sinais de agravamento do seu estado. Desta forma, a actuação durante o estágio e intervenções realizadas prendeu-se com a vigilância do estado fetal e do apoio à mulher durante o internamento em que é efetuado um estudo do seu caso, para posterior actuação.

Em qualquer uma das situações indicadas, pode ser dada indicação médica para indução do trabalho de parto. A indicação para a utilização da indução do trabalho de parto pode ser por vários motivos: patologia materna como pré-eclâmpsia, colestase gravídica ou outra que implique comprometimento do bem-estar materno e/ou fetal, infecções, ou risco fetal, como a restrição de crescimento intrauterino, rotura prematura de membranas, contrações uterinas inadequadas em parto de termo, entre outros. A indução do trabalho de parto é um processo químico ou mecânico utilizado para provocar contrações uterinas e desta forma provocarem o trabalho de parto, antes que este se inicie espontaneamente. De acordo com Graça (2010), quando temos um colo do útero favorável (índice de Bishop superior a 5) é possível usar apenas ocitocina para estimular a contractilidade uterina e induzir o trabalho de parto. Já de acordo com Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) este índice tem que ser superior a 7 para a utilização inicial de ocitocina. Independentemente do autor, verifica-se uma concordância relativamente ao amadurecimento do colo uterino, sendo necessário que este esteja garantido, antes de iniciar as contrações uterinas (ocitocina). Para tal, podem ser utilizadas prostaglandinas, que promovem o amadurecimento do colo uterino e induzindo o trabalho de parto. As principais prostaglandinas utilizadas são a PGE2 (dinoprostona) e o misoprostol (análogo da PGE1), que podem ou não ser seguidas de ocitocina. Nos casos de indução do TP seguidos durante o estágio, independentemente do protocolo utilizado, foi fundamental uma vigilância contínua de forma a identificar possíveis complicações e atuar a tempo. De acordo com Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), os riscos da indução são a possibilidade de hiperestimulação uterina e, consequentemente restrição da oxigenação fetal, assim como rotura uterina ou outras complicações.

Em casos de risco de trabalho de parto pré-termo ou necessidade de indução do trabalho de parto, existe um protocolo de neuroprotecção fetal, realizado com sulfato de magnésio. A neuroprotecção fetal surgiu como resposta aos casos de paralisia cerebral de recém-nascidos por parto pré-

termo. Sendo a prevalência de paralisia cerebral muito elevada, foi necessário procurar uma forma de prevenção. Aqui surge o sulfato de magnésio, que vários estudos indicam como benéfico quando utilizado até às 32 semanas de gestação (Doyle [et al.] 2009).

Desta forma, foi desenvolvido um protocolo pela American Journal of Obstetrics and Gynecology, que foi posteriormente adaptado pela ULS - Hospital Pedro Hispano. O protocolo em questão defende a administração de sulfato de magnésio até às 32 semanas + 2 dias (Bólus inicial: 6g MgSO₄ EV e Dose de manutenção: 2g/h até ao parto ou durante 12h).

Embora o serviço de internamento seja específico para grávidas de risco, recebe também situações de morte fetal do 2º e 3º trimestre ou até em abortamentos do 1º trimestre quando não há vaga para internamento no serviço de ginecologia. Esta situação tem muitas desvantagens, já que o internamento conjunto de senhoras que perderam o seu feto com grávidas torna este momento mais traumatizante. Quando ocorreram situações como esta, optou-se por colocar a senhora num quarto sozinha, para que não tenha que estar diretamente com uma grávida. No entanto, o som do cardiotocógrafo ouve-se bem, já que não existe um grande isolamento sonoro. De forma a minimizar esta situação, foi sempre reduzido o som ao mínimo dos cardiotocógrafos.

Os cuidados prestados nas situações de abortamento são de acordo com o protocolo estabelecido para abortamento nos diferentes trimestres e têm como objetivo a expulsão completa do conteúdo de concepção. Foram sempre realizadas intervenções de vigilância de complicações como hemorragias, náuseas, vômitos, e o acompanhamento da mulher nesta fase. Foi importante perceber o que a perda da gravidez significa quer para a mulher como para a sua família, de forma a poder adequar os cuidados. O contato realizado nesta fase foi fundamental para ajudar a mulher a expor as suas dúvidas. Foi dado ao casal sempre a possibilidade de ver o produto de concepção, uma vez expulso. Esta fase da vida do casal é muito difícil, pelo que é necessário sensibilidade e experiência da parte dos profissionais para que a possam ajudar na sua recuperação. Dado que esta experiência pode ser traumática, com significado de perda enorme, é normal que lhe

seja associada uma dor e sentimento de luto próprios, sendo estes também os principais diagnósticos de enfermagem: perda e luto. Existiram poucos casos de interrupção da gravidez ao longo do estágio, mas foi possível perceber que também para os profissionais de saúde é muitas vezes difícil de gerir determinadas situações de luto, já que o peso emocional associado se reflete para o próprio profissional (Evans, 2012). No entanto, como vantagem, como já referido, temos o fato de o internamento de grávidas de risco ser um serviço pequeno, que permite uma maior aproximação do profissional à mulher, emitindo maior confiança.

2.2. Trabalho de Parto

A mulher em trabalho de parto pode fazer a sua admissão no bloco de partos de duas formas: transferida do serviço de grávidas de risco ou com proveniência da urgência. Em ambos os casos a mulher foi avaliada e observada e apresentando condições para considerar que se encontra em início de trabalho de parto, dava entrada no serviço. O serviço de urgência é integrado na unidade de bloco de partos, o que permite que seja a mesma equipa em ambos, facilitando uma continuidade de cuidados aquando da admissão de uma mulher.

Quando as grávidas davam entrada no bloco de partos, foi efetuada apresentação ao ser quarto, do serviço e dos procedimentos iniciais (preparação da roupa, do quarto, preparação da mulher de forma a instalar-se confortavelmente). Nesta fase, foi efetuada a entrevista inicial e colheita de dados, que permite decidir e ajudar na tomada de decisão em vários aspetos. A admissão inicial tem extrema importância para o processo da mulher e a prestação de cuidados de qualidade. É fundamental uma boa colheita de dados sobre a sua situação atual, assim como experiências anteriores, história familiar, para poder efetuar alguns despistes e poder dar uma resposta adequada às suas necessidades ao longo do trabalho de parto. Também a sua posição e sentimentos relativamente ao trabalho de

parto são fundamentais. As mulheres têm habitualmente muitas dúvidas e preocupações que muitas vezes não exprimem a menos que questionadas; por isto foi fundamental um diálogo inicial acerca das suas preocupações e preferências. Muitas vezes os casais trazem planos de parto, mesmo que não escritos, mas mantêm dúvidas, às quais os profissionais têm que ser sensíveis. Ao longo do estágio, as preferências da mulher foram sempre respeitadas de acordo com o possível tendo em conta o bem-estar materno-fetal.

Ao longo do tempo, verificou-se evolução nos procedimentos relativos ao trabalho de parto, principalmente a nível hospitalar, pelo que a partilha do plano de parto ao enfermeiro têm como objetivo melhorar a comunicação com os profissionais e tornar o trabalho de parto um momento mais relaxado e informado para os pais, sendo eles a decidir como se processo (Lothian, 2006). De acordo com Lothian (2006), *“os enfermeiros devem perceber o plano de parto pelo que é: uma tentativa das mulheres serem cuidadas como indivíduos, evitar procedimentos não consentidos e iniciar diálogo.”* Ao longo do estágio, muitas mulheres referiam preferência relativa aos cuidados prestados, embora ainda se verificasse que a maioria refere querer apenas o melhor para si e para o seu RN, deixando os cuidados nas mãos dos profissionais.

A presença, diálogo e apoio à mulher e família foram sempre intervenções respeitadas em estágio pela sua importância de forma a dar toda a orientação e apoio necessário, mas também de forma a manter uma vigilância e monitorização adequada do trabalho de parto. Esta monitorização inicia-se na admissão, em que são colhidas as primeiras informações e é feita a primeira observação da mulher, e continua ao longo de todo o trabalho de parto. Durante a admissão, para além da entrevista, é efetuado um exame físico detalhado de forma a reunir as informações necessárias para a prestação de cuidados. É importante primeiro exame físico em que se avalia a apresentação e situação fetal, a FCF, a frequência e intensidade das contrações uterinas, o exame vaginal para avaliar o apagamento e dilatação do colo uterino e avaliação do estado das

membranas. Todos os achados nestes procedimentos são devidamente registrados no processo da mulher, que é também realizado nesta altura. É sempre realizado CTG contínuo durante cerca de 20/40 minutos à mulher na sua admissão, embora se verifique que existem autores que discordam desta monitorização inicial, quando a mulher se encontra verdadeiramente em trabalho de parto. De acordo com Devane, et al (2012) não há evidência que comprove que haja vantagens na realização de CTG durante a admissão, podendo mesmo esta monitorização aumentar a probabilidade de realização de cesariana, já que os dados encontrados podem apresentar falsos riscos. Quando da admissão da mulher, era feita apresentação ao serviço e aos profissionais que vão estar durante o seu trabalho de parto. Após este processo inicial, por norma, era colocado um cateter venoso periférico, para garantir um acesso venoso em caso de urgência e também para administração de fármacos e soroterapia durante o trabalho de parto. Era também oferecido à mulher dois microlax para administração, caso ela deseje. A evidência mostra que a utilização de enemas não reduz a probabilidade de infeções perineais ou neonatais e que, portanto, esta utilização não deve ser aconselhada (Reveiz, Gaitán e Cuervo, 2013). No entanto, quase todas as grávidas optavam por aplicar os microlax, já que se sentiam mais confortáveis perante a ideia de não haver tanto risco de libertação de fezes durante o período expulsivo. Os passos seguintes a este processo de admissão são variáveis de acordo com a fase do trabalho de parto em que a mulher se encontra.

2.2.1. *Trabalho de Parto*

Quando a mulher é, assim, admitida no bloco de partos, encontra-se, habitualmente, no primeiro estágio do trabalho de parto, sendo o TP o conjunto de fenómenos que levam à dilatação do colo uterino, de maneira a que o feto possa descer e ser expulso, permitindo o nascimento. As contrações uterinas, juntamente com outras forças, como a pressão intra-abdominal e as modificações cervicais, permitem a dilatação e apagamento cervical, de forma a que haja progressão da apresentação. Sendo que o

trabalho de parto se divide em três estádios, estes caracterizam-se pelo apagamento e dilatação do colo uterino, período expulsivo e finalmente a dequitação. (Graça, 2010)

Primeiro Estádio de Trabalho de Parto

O primeiro estágio de trabalho de parto inicia-se com a regularidade das contrações uterinas, que produzem alterações consequentes do colo uterino, e termina quando se verifica a dilatação completa. Este estágio pode ser dividido em três fases, a fase latente, fase cativa e fase de transição. A duração deste primeiro estágio pode ser até 20 horas na nulípara e até 14 horas na múltipara. (Graça, 2010). No entanto existem muitos fatores que influenciam esta duração, relacionadas também com as intervenções dos profissionais de saúde.

No decorrer do primeiro estágio de trabalho de parto foi sempre efetuada uma monitorização das contrações uterinas, do estado e condição do colo uterino, da apresentação fetal (posição e variedade) do estado das membranas amnióticas e do líquido amniótico, vigilância do trabalho de parto (etapa do trabalho de parto), etc. Todas estas vigilâncias e monitorizações foram efetuadas de acordo com cada mulher e cada caso específico e foram sempre anotadas no seu processo, no partograma e também no sistema informático. O partograma é uma folha em que as parteiras e os obstetras registam os dados relativos ao trabalho de parto, de forma a ter um acesso rápido e esquemático da evolução do trabalho de parto. Este método tem como objetivo facilitar quer os registos, quer a interpretação dos casos, mas um estudo de revisão realizado por Lavender, Hart e Smyth (2013), concluiu que a utilização do partograma deve ficar ao critério de cada serviço, já que ainda é necessário aprofundar mais as vantagens e desvantagens do uso deste. Este estudo de revisão concluiu

que uso do partograma pode aumentar a taxa de cesariana e de intervenções baseadas na interpretação desta folha.

A monitorização após o internamento e admissão é variável, tendo em conta a situação específica da mulher e das suas opções. Primeiramente, quando esta referia dor, utilizou-se métodos de alívio, de forma a manter o máximo conforto, como é referido mais adiante. Quando o trabalho de parto se encontrava na primeira fase do primeiro período, a mulher era incentivada a deambular, utilizar a bola, descansar, de acordo com a sua preferência. Foi fundamental adequar os cuidados e a prática a cada situação e a cada família. O que para algumas mulheres funciona, para outras pode não ser o mais adequado.

De forma a manter a monitorização intraparto, o método utilizado foi a cardiotocografia, que é utilizado, habitualmente, de forma contínua após a admissão. De acordo com Harvey (2004), a diretriz para a realização de cardiotocografia segundo o Institute for Clinical Excellence (NICE), recomenda que esta seja efetuada de forma intermitente nas grávidas de baixo risco e desencoraja também a utilização de CTG contínua aquando da admissão da grávida em trabalho de parto. Também o Colégio de Midwives Americano verificou, através de um estudo realizado, que a monitorização intermitente da frequência cardíaca fetal nos casos de gravidez de baixo risco se mostra mais eficaz do que a monitorização contínua. Este método mantém sempre a salvaguarda de mudar o método de avaliação para contínuo assim que se perceba uma alteração ou algum sinal de risco. De acordo com os tempos de monitorização intermitente, dados apontam para monitorização antes e durante a contração, de forma a poder comparar os dados e avaliar o bem-estar fetal nas diferentes situações. No entanto verificou-se que são necessários mais estudos de forma a aprofundar o tempo de monitorização, para a criação de protocolos adequados e atualizados. De acordo com Graça (2010), no caso de verificarmos um CTG normal durante a admissão (exame que deve sempre ser realizado, segundo o mesmo autor), e estivermos perante uma gravidez de baixo risco, com evolução normal do trabalho de parto, é possível a monitorização intermitente, sendo esta de 5 minutos em cada hora. Uma revisão da

literatura, realizada por Alfievic, Devane e Gyte (2013), que analisou treze estudos, demonstrou que a utilização do CTG de forma contínua pode reduzir o número de casos de convulsões neonatais, mas não mostra alteração no número de casos de paralisia cerebral, nem mortalidade ou morbidade infantil. Por outro lado, mostra um aumento do número de cesarianas e de partos instrumentados.

A utilização do CTG apresenta vantagens como o registo contínuo da FCF e da contratilidade uterina, que permitem uma avaliação da frequência e intensidade das contrações, assim como da variabilidade da FCF continuamente. No entanto, desvantagens como possíveis interpretações diferentes por parte dos profissionais, precipitação na atuação perante dados suspeitos e redução da mobilidade da mulher, que diminui a humanização do parto, devem ser fatores a ter em conta (APEO, 2009). A variabilidade da FCF é um exemplo de um facto que pode suscitar incongruência na análise do profissional. Uma forma de diminuir este problema é a utilização de programas informáticos adequados que façam uma análise automática, segundo os critérios pré-estabelecidos, diminuindo a suscetibilidade que a observação “a olho” pode causar. Um estudo realizado por Schiermeier et al (2011) que comparou o uso de um software e a interpretação humana, segundo os parâmetros da FIGO, concluiu que a utilização do programa pode reduzir a variação nas interpretações dos traçados, mas que é necessário aprofundar, de forma a perceber se reduz o risco de cesariana ou complicações fetais. Vemos, assim, que para uma correta interpretação do CTG, é importante o conhecimento adequado de todos os padrões normais, tornando assim possível a deteção de alterações.

O traçado cardiotocográfico é dividido em três categorias: tranquilizador, não tranquilizador ou patológico, de acordo com as guidelines da FIGO, e é utilizado nesta classificação por várias guidelines, embora autores sugiram que este sistema possa ser melhorado (Campos, 2010). Desta forma temos que um traçado normal traduz sempre uma oxigenação fetal adequada, naquele momento. Já um traçado não tranquilizador ou suspeito, pode significar hipoxia fetal, devendo as possíveis causas serem despistadas e revertidas; este traçado pode dever-se

a hipertonia uterina, hipertermia materna (que provoca uma taquicardia fetal), hipotensão materna, mau posicionamento materno (que comprometa a oxigenação fetal) ou medicação administrada (como opiáceos). Num traçado patológico é necessário apenas que se verifique um dos seguintes critérios: variabilidade longa reduzida, variabilidade curta reduzida, padrão sinusoidal, desaceleração prolongada ou desacelerações repetitivas com variabilidade reduzida. Nestas situações, estamos perante uma muito provável hipóxia fetal e, a menos que seja possível reverter a causa de imediato, a atuação deve ser no sentido de extrair o feto o mais rapidamente possível (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Quando nos depara-mos com fatores não tranquilizadores ou patológicos, é, como referido, importante atuar, devendo as medidas habituais serem de acordo com a causa, podendo implicar a diminuição da contratilidade uterina, modificação da posição da parturiente, exame vaginal para despiste de prolapso do cordão, administração de fluidos cristalóides de forma a corrigir eventual hipotensão, administração de antipirético, no caso de hipertermia materna, ou administração de O₂ por máscara.

Nos casos, ao longo do estágio, em que nos deparamos com fatores não tranquilizadores no traçado cardiotocográfico, foi possível a reversão através das medidas referidas. No entanto, a referida oxigenioterapia não está comprovada como prática correta. No HPH esta prática não está implementada, embora alguns profissionais ainda a utilizem. Segundo Fawole e Hofmeyr (2012) é importante o estudo desta prática, já que numa revisão integrativa realizada por estes autores demonstrou-se que não se verifica benefício ou desvantagens na utilização da oxigenioterapia materna para melhorar o bem-estar fetal. Durante o estágio realizado, foi possível assistir a uma formação sobre a cardiotocografia realizada por profissionais médicos do serviço, que permitiu um aprofundar da temática e uma reflexão positiva, em grupo, de vários casos apresentados.

A monitorização da dilatação e apagamento do colo uterino foi outro fator importante avaliado. Nos primeiros exames vaginais, ainda em consulta e posteriormente também no boco de partos, é habitual efetuar uma avaliação da pélvis materna. A pelvimetria é um procedimento

efetuado pelas enfermeiras especialistas em saúde materna que consiste na avaliação das medidas da pelve, no sentido de despistar possíveis complicações durante o parto, devidas a incompatibilidade feto-pélvica. Segundo Blackadar e Viera, esta avaliação, quando efetuada no período pré-natal e isoladamente, não fornece dados que influenciem o tipo de parto, nem a melhor atuação. Quando esta avaliação é feita no momento do parto, é sempre relativamente ao feto, tendo em conta a sua posição e variedade, peso estimado e também uma avaliação da situação específica (idade gestacional, índice obstétrico, partos anteriores, peso à nascença de filhos anteriores). Estes dados permitem despistar possíveis complicações e muitas vezes contribuir para a opção de tipo de parto. Ao longo do estágio verificaram-se alguns casos em que o diâmetro e estatura da pélvis materna pareciam desadequados ao peso estimado e situação específica da mulher. Após algum tempo de internamento e perante um trabalho de parto muito lento, por decisão de equipa, optou-se por realização de cesariana para prevenção de complicações como distócia de ombros ou outros, como hemorragia pós-parto, lacerações perineais e cervicais.

A pelvimetria isolada não é, por si só um dado importante, mas juntamente com todas as outras informações e dados, podem-se distinguir situações de risco de forma a reduzir a morbilidade materna e fetal, que ainda se verifica associada a situações como a descrita (Alsammani e Ahmed, 2012). Surgiu, no decorrer do estágio, uma situação de uma senhora que apresentava, de acordo com a opinião da equipa, uma pelve desadequada para trabalho de parto por via vaginal. No entanto, este não foi motivo para proceder de outra forma, pelo que a senhora foi admitida. Por volta das 00h00 horas apresentava 8cm de dilatação, que manteve até ao turno da manhã. Embora o CTG se apresenta-se normal e aparentemente, o feto se apresentasse estável, às 9 horas desceu para realização de cesariana por decisão médica. O RN nasceu com 3570kg e com Apgar de 9/10. A desadequada apresentação pélvica materna não seria, por si só, valorizado, mas perante um trabalho de parto estacionário este já será um facto que contribui para a decisão tomada.

O exame vaginal para avaliação da dilatação do colo uterino, apresentação fetal e estado das membranas amnióticas foi assim efetuado, de acordo com o protocolo do HPH, sempre que justificado, sendo estes momentos após qualquer intervenção (como amniotomia, colocação de cateter epidural, etc.), sempre que a mulher refira alguma alteração do seu estado (aumento da sensação de pressão perineal, dor ou desconforto, etc.) e sempre que se verifique uma alteração da cardiotocografia (aumento significativo da catividade uterina, alterações da frequência cardíaca fetal, etc.). Para além disto, a frequência deste exame é variável de acordo com cada situação. Uma utente de baixo risco não tem a mesma necessidade de monitorização que uma de alto risco, assim como a frequência é diferente no primeiro estágio de trabalho de parto e no segundo. De acordo com a OMS, o exame vaginal, numa grávida de baixo risco, deve ser de em média, 1 em cada quatro horas. Uma auditoria realizada numa maternidade em New México, demonstrou que as parteiras desta maternidade realizavam em média 4 toques vaginais durante todo o trabalho de parto, o que é um número positivo. Segundo os autores deste mesmo estudo, este tipo de auditorias deveria ser feito em várias maternidades, de forma a sensibilizar os profissionais e mostrar que este exame não deve ser realizado em demasia, tendo em conta os seus riscos e efeitos para a própria mulher (Borders, Lawton e Martin, 2012). Este procedimento implica ansiedade para a mulher pois é desconfortável, íntimo e além disso significa para a maioria das mulheres a representação da progressão do trabalho de parto. Muitas vezes, foram levantados diagnósticos de enfermagem como ansiedade, resultante de uma frustração quando em duas avaliações seguidas não se verifica uma grande alteração do estado do colo uterino. Foi importante ter perceção deste desconforto e ansiedade naturais sentidos pela mulher, no sentido de ser capaz de lhe explicar o procedimento, fazê-la sentir-se segura e evitar utilizar este procedimento se não se justificar, assim como evitar que sejam diferentes profissionais a realizá-lo (Hassan, [et al.] 2012).

Surge recentemente uma nova forma de monitorização da dilatação cervical, através da colocação de um ultrassom, que permite monitorizar

através do computador, a dilatação cervical, assim como o posicionamento e variedade occipital, dando informação sobre o posicionamento fetal. Este novo método pretende reduzir o incómodo à mulher de realizar toques vaginais ao longo do parto, aumentando assim o conforto da mulher (Sharf, [et al.] 2007). Este método não é ainda utilizado em Portugal mas é, sem dúvida, uma boa forma de minimizar o desconforto do toque vaginal, tendo no entanto como desvantagem o facto de ser contínuo e, como tal, limitarmos movimentos da mulher, representado mais um monitorização. A dilatação do colo uterino avalia-se em cm, sendo de 0 a 10cm (de colo fechado a dilatação completa), sendo que a dilatação completa é considerada quando não é possível a palpação de tecido à frente da apresentação. Nesta fase, a mulher encontra-se em fase ativa do trabalho de parto, passando com a dilatação completa para o segundo período - expulsivo (Graça, 2010).

Durante o exame vaginal era também avaliada a apresentação fetal, posição e variedade, de forma a termos dados para uma melhor atuação ao longo do TP. A apresentação fetal mais habitual é a cefálica, sendo a que mais facilita um TP vaginal normal. Ao longo do estágio, todas as parturientes apresentavam fetos com apresentação cefálica. Os casos de apresentações de pelve em nulíparas eram previamente considerados para cesariana, devido aos riscos apresentados neste parto. Nos casos de múltiparas com apresentação de pelve, o parto vaginal era considerado e, ao longo do estágio realizado, verificou-se um só caso de parto vaginal de apresentação de pelve. No que diz respeito à posição e variedade, estes dão-nos informação, respetivamente, relativa à relação do ponto de referência fetal com o lado materno (esquerdo ou direito) e com a região do canal de parto (anterior, posterior ou transversa) (Graça, 2010).

O estado das membranas amnióticas, que é verificado e confirmado em cada avaliação uterina, é também um dado muito importante. De acordo com Cohain (2013), o trabalho de parto inicia-se com a rotura de membranas em 15% das mulheres grávidas. No entanto, este pode também dar-se mais tarde, ao longo do trabalho de parto. Com a rotura das membranas amnióticas é importante a avaliação do líquido amniótico. As

características deste são importantes já que podem indicar alterações. Foi importante avaliar assim a cor, o odor, a viscosidade e a quantidade de líquido em cada rotura de membranas. Uma cor acastanhada ou esverdeada pode indicar presença de mecónio ou infeção, assim como a presença de odor indica este último. Uma cor avermelhada pode-nos indicar hemorragia; no que diz respeito há quantidade, esta pode-nos indicar e/ou confirmar um oligoâmnios ou hidrâmnios (Lowdermilk e Perry, 2006). No caso de rotura espontânea das membranas amnióticas, é igualmente importante saber a hora da mesma, já que a rotura precoce pode ser prejudicial. No Hospital Pedro Hispano existe um protocolo específico para rotura prematura de membranas, sendo que é iniciada antibioterapia 12 horas após a rotura de forma a prevenir infeções fetais. De acordo com Flenady e King, (2009), a utilização da profilaxia antibiótica em caso de rotura prematura de membranas é utilizada por norma após 12 horas de rotura, sendo o antibiótico mais comum a ampicilina. No entanto, os mesmos autores dizem ser necessário mais estudo acerca desta questão, dado a eficácia da utilização de antibioterapia por rotina não estar ainda definida. Segundo o protocolo do HPH, após o início da antibioterapia, esta é repetida em bólus de 4h/4h até ao nascimento.

Outra situação de indicação para realização de antibioterapia durante o trabalho de parto, são as situações em que a mulher apresenta na flora vaginal a presença de EGB. Entre as 35 e 37 semanas é realizado uma colheita vaginal, com o objetivo de examinar a presença desta bactéria e, caso o resultado seja positivo, há indicação para antibioterapia. Segundo o protocolo do HPH esta é a realizada com penicilina, iniciando com uma primeira dose de carga de 5milhões de unidades e seguintes reforços de 2,5milhoes de unidades de 4h/4h. Desta forma, pretende-se prevenir a transmissão vertical desta bactéria aquando do nascimento. Cerca de 1 em cada 2000 recém-nascidos estão infetados por EGB e evidenciam problemas respiratórios, sepsis ou meningite logo na primeira semana de vida. Dado que os recém-nascidos estão em contato com a bactéria aquando do nascimento, a profilaxia antibiótica pretende reduzir a probabilidade de infeção. Ao dar à mãe antibioterapia EV, dá-se uma

redução imediata redução do número bacterial (Ohlsson e Shah, 2013). Smaill (2009), verificou através de um estudo de revisão, que, de facto, o protocolo de antibioterapia intra-parto reduz a infeção neonatal.

Durante a admissão era, como já referido, colocado um CVP para situações de emergência, perfusão de medicação e de soroterapia. A hidratação venosa é, segundo alguns, desnecessária durante o trabalho de parto. Segundo Coco et al. (2010) A utilização da hidratação venosa não diminui o tempo de trabalho de parto, nem o primeiro estágio de trabalho de parto. É protocolo do serviço a colocação de soro glicosado a 5% aquando da admissão é interrupção alimentar e hídrica. No entanto, visto que a duração do trabalho de parto é relativa, é importante ter em conta que, para além da soroterapia, são administrados muitos soros para diluição de medicação (antibioterapia, perfusão ocitócica, perfusão de glicose em diabéticas, etc). Posto isto, muitas vezes a perfusão hídrica durante o trabalho de parto é muito superior à recomendada, podendo resultar em hiperglicemias no caso de ser administrada com glucose e aumento dos edemas no pós-parto (que naturalmente já se verifica).

Para além da monitorização passiva do trabalho de parto, é frequente a utilização de intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, que têm como objetivo acelerar o mesmo e melhorar as condições da mulher e do feto. São exemplos destas a amniotomia, perfusão ocitócica, apoio na colocação de prostaglandinas para auxiliar na indução do trabalho de parto, entre outras.

Muitas vezes, durante o trabalho de parto, quando não se dá rotura de membranas espontânea, é frequente a rotura de membranas artificial para acelerar o trabalho de parto - amniotomia. Este procedimento era sempre realizado com técnica asséptica, sendo sempre explicado às mulheres antes de realizado, para que estas estejam seguras e informadas. Após esta explicação era realizada a amniotomia, preferencialmente durante a contração (já que a tensão é maior e portanto mais fácil a rotura das membranas). No final era sempre efetuado um exame vaginal, de forma a despistar um possível prolapso do cordão que pode acontecer com a pressão exercida pelo líquido amniótico. A observação do traçado

cardiotocógrafo é também fundamental, já que nos dá a percepção do bem-estar fetal. Verificou-se um caso singular de prolapso do cordão umbilical ao longo do estágio, após rotura espontânea de membranas (e não artificial), em que o enfermeiro que avaliou a mulher e verificou o prolapso manteve elevação da apresentação e desceu para o bloco cirúrgico de urgência com a mulher para que fosse realizada cesariana. A incidência desta complicação obstétrica é estimada entre 1.4 a 6.2 casos em cada 1000. O cordão umbilical prolapsa e a pressão exercida pela apresentação dificultam o fluxo sanguíneo, causando assim sofrimento fetal e mesmo hipoxia. A atuação é imediata, sendo a cesariana emergente a melhor actuação. É importante o profissional manter a apresentação elevada, de forma a diminuir a pressão exercida no cordão, até chegar ao bloco operatório e estar tudo pronto para a remoção fetal (Bradley, Holbrook e Sharon, 2013).

Ao longo do estágio foi possível verificar que a amniotomia era um procedimento realizado comumente pelas parteiras, o que levantou questões e interesse acerca da eficácia e riscos deste procedimento. Por isto, e como já referido, foi efetuado um estudo mais aprofundado nesta temática, que se encontra no segundo capítulo deste relatório.

Outras técnicas como a administração de ocitocina ou outros fármacos podem ser utilizadas com prescrição médica. A ocitocina é utilizada, de acordo com o protocolo do serviço de BP, com o objetivo de contribuir para que a fase cativa do primeiro período de trabalho de parto decorra dentro da normalidade, acelerar o TP, contribuir para a estimulação e ritmo das contrações uterinas, induzir o TP e prevenir a atonia uterina. Quando utilizado no bloco de partos, o objetivo mais comum é o de acelerar o trabalho de parto, principalmente quando estamos perante um primeiro período lento. A dosagem utilizada é a de 10 milhões de unidades diluídas num soro de 1000ml, administrada através de bomba infusora a um ritmo lento (início a 30ml/h), que pode ser aumentado progressivamente de acordo com a tolerância da mulher e a contractilidade uterina observada. Tal pressupõe que deve haver uma monitorização com CTG contínua nestas situações.

A evolução do trabalho de parto, é relativa de mulher para mulher. Embora autores nos digam os tempos médios de duração nos diferentes estádios, todas as mulheres são diferentes. O primeiro estágio de trabalho de parto dura aproximadamente entre 10h a 15h. Quando se verifica que neste estágio não há evolução e a mulher se mantém com a mesma dilatação uterina durante mais de 2h, podemos dizer que temos uma paragem na progressão do TP. (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Figura 1 - Evolução do TP

	Nulípara	Multípara
1.º estágio		
Duração fase latente	Até 20 h	Até 14 h
Dilatação na fase activa	> 1,2 cm/h	>1,5 cm/h
Duração fase de desaceleração	Até 3 h	Até 1 h
Descida da apresentação	> 1 cm/h	> 2 cm/h
2.º estágio		
Duração normal	Até 45-60 min	Até 15-20 min
3.º estágio		
Duração normal	Até 30 min	Até 30 min

Modificado de Cohen e Friedman, 1983 ^{9, 11}

Graça (2010)

Nestes casos, após avaliação médica, quando se verifica que o trabalho de parto é lento, é frequente a indicação para perfusão ocitócica de forma a aumentar a frequência e intensidade das contrações, com o objetivo de manter a progressão do trabalho de parto (Bugg, Siddiqui e Thornton, 2013). No entanto, esta medida nem sempre é eficaz e, caso se mantenha e seja diagnosticado TP estacionário (após 4h de paragem de TP) é indicada a cesariana, já que a mulher se encontra muitas vezes cansada e desmotivada por verificar que não continua o seu trabalho de parto (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Ao longo do estágio verificaram-se alguns casos em que a progressão do TP parou, sendo que,

maioritariamente, uma conduta ativa para acelerar o trabalho de parto foi suficiente, embora tivessem existido dois casos em que houve indicação médica para cesariana. Na experiência de estágio, a utilização de ocitocina era sempre adoptada nestes casos (a menos que existissem contra-indicações). No entanto a sua utilização também traz riscos e desvantagens que devem ser tidos em conta, como retenção hídrica e hiperestimulação uterina, que pode causar hipoxia fetal. Um estudo realizado por Buchanan et al. (2012), demonstrou que o uso de ocitocina pode aumentar o risco de parto instrumentado, cesariana e +morbilidade materna e fetal. Os autores concluíram que o uso de ocitocina é benéfico mas que deve ser usado com muita precaução e cumprindo sempre as guidelines, de forma a minimizar os riscos apresentados. Da mesma forma, uma revisão integrativa realizada em 2013 demonstra que o uso de ocitocina pode reduzir em 2h o tempo de trabalho de parto e não apresenta influência no número de cesarianas nem em maus desfechos para mãe ou RN (Bugg, Siddiqui e Thornton, 2013). A maior causa da progressão lenta no TP é a disfunção contráctil hipotónica, que, tendo causa desconhecida, se caracteriza por contrações com representação gráfica semelhante às do TP normal, mas com menor intensidade, e menor frequência, o que dificulta ou até impede a progressão do TP (Graça, 2010). Como referido, o uso de ocitocina é a actuação de primeira linha nestes casos, mas o seu uso pode causar hiperestimulação uterina e como tal, uma disfunção contráctil hipertónica. Esta define-se como uma taquissístolia uterina (mais do que 5 contrações/min) e/ou hipertonia uterina (duração da contração acima de 2min). Nestes casos esta indicada a paragem imediata da perfusão ocitócica ou qualquer outro fármaco que vise a estimulação uterina (como prostaglandinas) e se necessário realizar relaxamento uterino (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Em estágio foi necessária a actuação em dois casos de hiperestimulação, em que se verificou consequentes desacelerações da FCF em consequência da diminuição do fluxo uterino. Nestes casos foi utilizado, segundo protocolo, relaxamento com Salbutamol, que é administrado por bomba infusora, sempre com vigilância do pulso materno, já que pode causar taquicardia.

No caso de existir uma patologia associada ou concomitante com a gravidez, a monitorização da mulher é, claramente, adequada a esta mesma patologia. São exemplos acompanhados ao longo do estágio os casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Relativamente aos casos de pré-eclâmpsia durante a gravidez, manteve-se a vigilância da tensão arterial durante o parto, devido ao diagnóstico de risco de hipertensão, mas habitualmente estes casos eram seguidos e controlados anteriormente, sendo que nunca houve nenhuma complicação associada a estes casos. Relativamente a diabéticas, quer insulino-tratadas, como não, o BP tem protocolos que determinam a atuação e vigilância adequada. No caso de a grávida ser insulino-tratada era iniciado um soro glicosado, assim como perfusão contínua de insulina segundo esquema e era avaliada a glicemia capilar todas as horas. No caso de a parturiente efetuar o seu controlo de glicemia só com dieta, era só administrado soro glicosado e avaliada a glicemia capilar todas as 4h. Em ambos os casos o recém-nascido foi avaliado por pediatria e avaliada a sua glicemia capilar após o nascimento. (Campos, Rodrigues e Montenegro, 2008).

Toda a evolução do TP foi, como já referido, registada e devidamente documentada. Algumas complicações inerentes ao TP podem ser mais facilmente identificadas pelos diferentes profissionais através da interpretação do partograma, como a análise da evolução do trabalho de parto e possível trabalho de parto estacionário. Este registo facilita também a transmissão de informação intra e inter-equipa, que é extremamente importante. Esta comunicação e ponderação das equipas, permite uma maior facilidade na tomada de decisão, mesmo quando é necessário tomar medidas mais extremas, como a opção de parto por cesariana. Em determinadas situações esta decisão pode ser adiada, mas não deve ser evitada se se mostrar necessária. Ao longo do estágio verificaram-se casos de complicações, como referido, de CTG não tranquilizadores e patológicos, de trabalho de parto estacionário, assim como incompatibilidade feto-pélvica, que terminaram em parto por cesariana. Verificou-se que no entanto, esta decisão tende a ser mais evitada, tendo em conta os esforços para a redução da taxa de cesariana,

visto que Portugal apresenta ainda taxas muito elevadas. Estão a ser implementadas medidas para redução desta taxa (que ainda se apresenta acima dos 36% em Portugal) nos Hospitais do Norte, sendo esta implementação da responsabilidade da Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte.

Para além de todas as intervenções adotadas durante o trabalho de parto, foi importante ter a capacidade e conhecimento para promover o **conforto e bem-estar** da mulher nesta fase. Este conforto pode e deve ser promovido de várias formas tendo em conta, como referido, as preferências da mulher. De acordo com Lowdermilk e Perry (2006), a dor no trabalho de parto tem uma origem visceral e somática e varia ao longo da progressão do trabalho de parto, sendo relacionada com as várias modificações e adaptações anátomo-fisiológicas da mulher. No entanto, esta dor é sempre relativa, já que é influenciada por diversos fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais. A ansiedade com que a mulher se apresenta no momento do parto influencia, assim como a sua cultura, as suas experiências anteriores, o seu conhecimento e a sua preparação para o parto. É importante considerar todos os fatores, reunidos em entrevista, inicialmente e ao longo de todo o contacto com a mulher e família, de forma a poder levantar os diagnósticos adequados, podendo assim implementar intervenções que possam ajuda-la a sentir-se confortável e segura.

A dor no trabalho de parto é interpretada de diferentes formas, já que atualmente, já se vê o trabalho de parto como algo natural e a dor inerente pode ser minimizada para que a mulher possa ter um parto confortável e satisfatório para ela. A dor no trabalho de parto não é benéfica, trazendo repercussões quer para a mulher como para o feto, já que aumenta a ansiedade, stress e pode mesmo interferir com o trabalho de parto normal, devido à descarga de adrenalina que esta provoca (Graça, 2010).

Os métodos de alívio da dor, podem ser vários e escolhidos pela mulher. É possível optar por métodos farmacológicos ou não farmacológicos. Dentro dos métodos farmacológicos, o mais comum atualmente é a analgesia epidural, sendo que ao longo do estágio, a

maioria das mulheres pediam analgesia epidural (93% dos partos efetuados), sendo poucos os casos em que pediam um parto natural sem analgesia. De acordo com o protocolo do serviço de bloco de partos, o cateter epidural é colocado pelo médico anestesista, quando pedido pela mulher no primeiro período do trabalho de parto. A altura ideal para colocação do cateter epidural é a partir dos 4-5cm de dilatação, sendo esta a prática no HPH. Estudos demonstram que a colocação de cateter epidural antes dos 3cm de dilatação é associada a maior taxa de parto por cesariana e partos instrumentados (Moore, Shan e Hatzakorzian, 2013). A técnica de punção epidural consiste numa punção que atravessa a pele, o tecido subcutâneo, os ligamentos supra-espinoso e interespinoso e o ligamento amarelo, atingindo assim o espaço epidural, onde é administrada a medicação. O fármaco utilizado no HPH, por protocolo, é a Ropivacaína, que é uma nova aminoamida que tem como vantagem a menor toxicidade, menor bloqueio motor (o que permite uma maior mobilidade da parturiente) e que não é associado a vasoconstritores (Skrablin, [et al.], 2011). O cateter epidural era colocado e a medicação era administrada pelas enfermeiras parteiras, por bólus, o que também permite uma maior mobilidade, já que permite a deambulação da mulher e utilização de outros métodos devido exatamente à sua mobilidade. Estudos comprovam que a analgesia epidural é mais vantajosa de forma não contínua, já que a contínua mostra-se relacionada com uma maior taxa de cesarianas e intervenções durante o parto (Skrablin, [et al.], 2011). No entanto, o mesmo estudo refere não haver diferença na duração do trabalho de parto. Durante a colocação do cateter epidural era importante a colaboração com o médico anestesista na preparação do material para colocação de cateter, posicionamento da mulher, colaboração durante o procedimento e efetua a gestão da terapêutica através do cateter epidural segundo protocolo de analgesia epidural. A vigilância e monitorização foram também fundamentais, tendo em conta os riscos da colocação do cateter epidural e os possíveis efeitos secundários como ineficácia do método, lombalgias, cefaleias, punção acidental de um vaso sanguíneo, parestesias, hipotensão, tremores, prurido, sensação de peso nas pernas, náuseas e vômitos,

retenção urinária, complicações hemorrágicas e neurológicas (Graça, 2010). Ao longo do estágio verificaram-se dois casos de complicações pela analgesia epidural, sendo que ambos se caracterizaram por uma hipotensão acentuada. No primeiro caso, foi possível reverter a situação através da administração de lactato de Ringer a perfundir rapidamente, com utilização de manga. No segundo caso este mesmo procedimento não foi suficiente, pelo que foi também chamado o anestesista, que deu indicação para administração de adrenalina. Em ambos os casos foram revistas as doses do fármaco a administrar, tendo sido reduzida a sua administração de bólus de 10ml para 6ml em cada administração.

No entanto, a utilização da analgesia epidural tem também desvantagens, sendo estas muito estudadas. De acordo com Anim-Somuah, Smith e Jones (2011), a analgesia epidural é sim eficaz no alívio da dor, mas aumenta a probabilidade da realização de parto instrumentado. Segundo os mesmos autores, esta não tem influência significativa na taxa de cesariana, nem na satisfação da mulher, assim como no estado fetal ao nascimento (segundo índice de Apgar). Já Tamagawa e Weaver (2012) referem no seu estudo que o uso de analgesia epidural pode sim aumentar a taxa de cesariana, assim como de partos instrumentados, como também diminui a satisfação da mulher com o seu TP. A analgesia epidural está também muito associada à cateterização vesical, já que a maioria das mulheres não é capaz de urinar espontaneamente após a administração de terapêutica pelo cateter epidural. Ao longo do estágio, era sempre dada à mulher a possibilidade de aguardar, para ver se tinha perceção e vontade de urinar, mas embora houvesse alguns casos em que tal era possível, na sua maioria as mulheres não conseguiam e recorria-se assim ao esvaziamento vesical.

Outros métodos farmacológicos de alívio da dor podem ser utilizados durante o trabalho de parto, mas com o uso do cateter epidural são cada vez menos utilizados (Graça, 2010). Ao longo do estágio, o fármaco mais utilizado neste sentido era a petidine (opiáceo), mas cujo objetivo era, maioritariamente, o alívio da dor temporariamente, até ser indicada a colocação do cateter epidural.

A mulher pode também optar por utilizar apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor e de promoção de conforto. Estes são usados no hospital Pedro Hispano em todas as mulheres, mesmo com analgesia epidural, sendo adaptados a cada caso e às preferências do casal. Os métodos mais utilizados ao longo do estágio foram o incentivo à deambulação, a utilização da bola de parto, a massagem (quer feita pelo profissional, quer pelo companheiro), a utilização de água quente no duche, técnicas de respiração, técnicas de relaxamento, posicionamento, etc. É importante perceber se a mulher fez preparação para o parto e se tem conhecimentos e preferência sobre algumas técnicas. No entanto, mesmo que não, todas as técnicas referidas podem ser utilizadas sem preparação prévia, com apoio do enfermeiro especialista em saúde materna.

Relativamente ao posicionamento adotado durante o trabalho de parto, este deve ser livre. A liberdade de movimentos no primeiro estágio de TP diminui, comprovadamente a dor, tendo como resultado uma menor necessidade de analgesia farmacológica, menos alterações na FCF e menor tempo neste primeiro período (APEO, 2009). Durante o primeiro período de trabalho de parto, a parturiente era sempre incentivada a deambular no corredor próprio para o efeito, assim como adotar posições que lhe sejam confortáveis como ajoelhada, de cócoras ou de quatro apoios, já que estas promovem alívio para algumas mulheres, principalmente em posições fetais posteriores. O uso da bola de pilates, também ajuda a movimentar a pelve materna e desta forma a reduzir a sensação dolorosa, a promover o relaxamento e também o encaixe fetal (Lowdermilk e Perry, 2006). De acordo com uma revisão realizada por Lawrence et al (2009), a posição supina, traz vantagens, já que reduz comprovadamente o tempo do primeiro período de TP. Também estes autores concordam que a mulher deve adotar a posição que lhe é mais confortável. De acordo com Núria Vives Parès e Blandine Calais-Germain (2008), os movimentos no trabalho de parto contribuem para o encaixe e descida fetal, já que qualquer movimentação de todo o corpo, influencia diretamente as posições da pelve materna, podendo promover diretamente a alteração dos diâmetros

entre os elementos da bacia. Dependendo da situação e apresentação fetal, pode ser útil a rotação interna ou externa do fêmur, a flexão das pernas e outras, pelo que diferentes posições e movimentos específicos em cada posição devem ser estudadas e utilizadas.

A utilização da massagem foi também sempre utilizada já que é muito benéfica devido ao seu aumento do fluxo sanguíneo dos tecidos e relaxamento dos músculos tensos, podendo relaxar a grávida e libertar endorfinas, podendo assim, adiar a utilização de analgesia epidural (Janssen, Shroff e Jasper, 2013). A utilização da água é também comprovadamente benéfica durante o TP, já que ajuda a mulher a relaxar e, através da libertação de endorfinas, a ficar mais calma e como tal a diminuir a sensação dolorosa. Desta forma ajuda a perfusão uterina e ajuda a acelerar o primeiro período de TP. Estes efeitos foram comprovados por Cluett, McCandlish e Burns (2009), que concluíram através de uma revisão, que o uso da água reduz a dor materna, diminuindo a necessidade de analgesia epidural, sem afetar o bem-estar materno ou fetal. Ao longo do estágio o uso da água era frequentemente incentivado, já que cada quarto dispunha de um WC com chuveiro, onde as mulheres frequentemente tomavam duche, com incidência da água na zona lombar, o que diminuía a dor e aumentava o conforto.

Os cuidados de higiene e conforto prestados ao longo do trabalho de parto são também fundamentais para o bem-estar da mulher. Tendo o conforto como diagnóstico, intervenções como incentivar o duche ou a realização de higiene parcial no leito (dependendo da capacidade de mobilização da mulher), foram extremamente importantes. Refrescar as têmporas e rosto era também um gesto útil para o conforto da mulher e diminuição de possíveis náuseas. Também no que diz respeito à hidratação, habitualmente era iniciada soroterapia após a admissão, já que se mantém jejum a partir dessa altura, permitindo as mulheres apenas beberem pequenos goles de água. No entanto, a interrupção alimentar e hídrica durante o trabalho de parto é também muito controversa. Segundo Singata, Tranmer e Gyte, (2010), a interrupção alimentar e hídrica tem como objetivo a prevenção de complicações no caso de cesariana urgente (como

aspiração do conteúdo alimentar quando necessária a anestesia geral). No entanto, a anestesia geral é cada vez menos utilizada em prol da regional; também a não ingestão hídrica e alimentar provou ser desaconselhada por causar alterações no metabolismo materno. Desta forma, esta ingestão é aconselhada pelos autores e deve ser defendida pelos enfermeiros especialistas de forma a manter o bem-estar da mulher. No entanto, este é um especto que diz respeito à autonomia da mulher e à sua liberdade de escolha. Singata, Tranmer e Gyte, (2010), realizaram uma revisão integrativa da literatura, tendo concluído que não há estudos que comprovem a ingestão hídrica ou alimentar como risco potencial, mesmo quando há maior risco de realização de anestesia geral. Desta forma, as mulheres deviam ser autónomas para optar pela ingestão, ou não, durante o trabalho de parto, de acordo com a sua preferência.

O apoio emocional e psicológico à mulher durante todo o trabalho de parto teve também um papel fundamental na progressão deste e mesmo no bem-estar e conforto da mulher. A ansiedade durante o trabalho de parto é natural e frequente, mas deve ser gerida pela mulher com apoio do acompanhante e da(o) parteira(o). De acordo Hodnett et al (2012) que incluiu um estudo total de 15,288 mulheres, o suporte dado pelos profissionais de saúde, pelo companheiro, doula, ou qualquer outro acompanhante que esteja presente e dê apoio à mulher, é fundamental para que esta se sinta bem durante o seu TP. Um ambiente sem stress, confortável e íntimo é extremamente vantajoso para a mulher. Os autores concluíram que o apoio à mulher durante o seu TP pode reduzir a taxa de cesariana, diminuir o tempo de trabalho de parto e proporcionar à mulher mais satisfação consigo mesma.

Segundo estágio do trabalho de parto

Quando através da monitorização se verifica que a dilatação do colo uterino está completa e o apagamento do mesmo também, encontramos-nos no período expulsivo. Este período divide-se exatamente entre a dilatação completa e a expulsão do feto. A duração deste período é também relativa,

considerando se se trata de uma nulípara ou múltipara, sendo que a duração normal na primeira é de 45 a 60 minutos e na segunda pode ser entre 15 a 20 minutos. De acordo com Lowdermilk e Perry (2006), a duração deste período pode ir até 2h, tempo após o qual se considera que haja alguma anormalidade na progressão do TP. Nos casos em que este período se prolongava para além de uma hora, era chamado o médico para observação e despiste de alguma complicação que estivesse a impedir a progressão e, sendo o caso, era considerado parto instrumentado, principalmente se se verificasse alguma repercussão no bem-estar fetal.

Nesta altura inicia-se a descida da apresentação fetal e aguarda-se de forma a que o posicionamento fetal seja o mais adequado para iniciar os esforços expulsivos. A dinâmica da apresentação fetal passa por 6 movimentos: o encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão (APEO, 2009). Nesta fase inicial do segundo período de trabalho de parto, o feto pode já se encontrar encravado, que consiste em que este apresente o seu maior diâmetro (o biparietal), abaixo do estreito superior da bacia (que diz respeito ao plano formado entre o bordo superior da sínfise púbica e a margem antero superior do sacro). O encravamento pode dar-se antes do início de TP, ou apenas durante o TP (Lowdermilk e Perry, 2006). Seguidamente dá se a descida e flexão fetal, que consistem na descida da apresentação e flexão da cabeça de forma a que o mento toque no toráx. Isto permite que o feto apresente o seu menor diâmetro (occipito-bremático), que facilita a descida da apresentação (Graça, 2010). Durante este processo, em que a apresentação fetal desce, a mulher não sente ainda, habitualmente vontade de puxar, mas pode facilitar esta descida através dos seus movimentos. Mais uma vez se verifica a importância dos movimentos e posições da mãe durante o trabalho de parto.

O posicionamento da mulher durante o segundo período de trabalho de parto é variável de acordo com a vontade da mulher, das instruções dos profissionais e do método de alívio da dor adotado. A escolha da mulher, no que diz respeito à posição adotada, é muito influenciada pela sua cultura. De acordo com A Iniciativa Parto Normal, elaborada pela Associação

Portuguesa e Associação Espanhola dos Enfermeiros Obstetras e Matronas (2009), verifica-se exatamente que mulheres de países mais desenvolvidos sentem mais inibição relativamente ao posicionamento a adotar, enquanto as mulheres de países menos desenvolvidos têm tendência a optar por posições mais fisiológicas.

Em posições fetais posteriores é frequente o incentivo da utilização da bola para promover a descida fetal e posicionamento adequado. Durante esta fase o apoio e orientação fornecidos são extremamente importante. A orientação de quando iniciar os esforços expulsivos, quando relaxar, assim como orientação sobre o que está a acontecer, são essenciais para que a mulher possa manter a calma e participar ativamente no seu trabalho de parto. A confiança e segurança da mulher são também superiores quando esta tem indicações precisas e é elogiada pelas suas ações.

Nesta primeira fase deste período, a mulher pode iniciar os esforços expulsivos durante as contrações para auxiliar na descida da apresentação, mas só com a descida fetal pelo canal vaginal é que a mulher sente verdadeiramente vontade de efetuar esforços expulsivos, devido ao reflexo de Ferguson, causado pela pressão da apresentação na face posterior da vagina (APEO, 2009).

A analgesia epidural pode dificultar a perceção da mulher, pelo era importante nesta fase orientar para quando realizar os esforços ativos de expulsão. No entanto, é discutível o momento em que a mulher deve começar os esforços expulsivos. É possível pedir à mulher que comece a puxar quando completar os 10cm de dilatação, ou aguardar que o feto desça passivamente até que seja a mulher a sentir espontaneamente vontade de puxar ou, no caso de analgesia epidural, de o feto se encontrar mais baixo no canal de parto (o que é monitorizado pelo EEESMO). Um estudo realizado para comparar o bem-estar fetal nas duas abordagens comprovou que é mais provável a diminuição da oxigenação fetal quando os esforços expulsivos são iniciados cedo (logo após a dilatação completa), recomendando-se assim o puxo tardio (Simpson e Jamos, 2005).

Relativamente ao puxo realizado pela mulher, é recomendado atualmente que esta inspire fundo e realize o esforço expulsivo durante a

expiração e não a suspender o ar como indica na Manobra de Valsava - esta manobra é desaconselhada, já que pode causar o aumento da tensão arterial materna, aumento da pressão de CO₂ e diminuição da perfusão placentar (Lemos [et al.], 2010). Também o papel do profissional é importante nesta fase, podendo ser ativo ou também passivo; o EEESMO pode ajudar a mulher, dizendo-lhe quando puxar (quando se verifica a contração uterina) ou então pode manter uma atitude passiva, encorajando e incentivando, mas deixando que o momento para realizar o puxo seja dirigido pela mulher. Segundo um estudo realizado, comprovou-se que o puxo dirigido pode diminuir o tempo do segundo período de trabalho de parto e que este não tem desvantagens, desde que a mulher concorde e prefira, principalmente em situações em que a mulher tenha recorrido à analgesia epidural, em que não tem a mesma percepção do reflexo de puxo nem da contração uterina (Bloom, et al., 2006).

Como referido, foi importante nesta fase elogiar a mulher e incentivá-la, para que esta sinta que é ela que comanda o seu parto e de como é capaz de o fazer (Hodnett, [et al.] 2012). Verificou-se que, embora o tempo deste segundo estágio de TP não seja reduzido, os puxos efetuados pela mulher são mais eficazes e que esta se sente mais capaz, quando existe um bom encorajamento e comunicação por parte do profissional que a acompanha (Sampselle, [et al.] 2005).

Nesta altura a mulher, de acordo com os protocolos do Hospital Pedro Hispano, era colocada em posição ginecológica para o período expulsivo. Após o posicionamento, todo o material para a realização do parto (previamente preparado e disposto) é colocado perto e organizado. Também os profissionais se preparam, vestindo roupa esterilizada, de forma a manter a assépsia em todo o procedimento. Estes devem usar a bata, touca, máscara e luvas esterilizadas.

Nesta fase foi sempre avaliada a descida fetal, para orientar a mulher. Considera-se que o feto se encontra no plano 0 quando se encontra ao nível das espinhas isquiáticas. Um centímetro abaixo deste plano, traduz-se por plano +1., sendo que o nascimento se dá após o feto atingir o plano +4, a nível do períneo materno (Graça, 2010). Quando a descida fetal

se prolonga, anteriormente era utilizada a Manobra de Kristeller, que consiste em aplicar pressão no fundo uterino, tentando “empurrar” o feto. De acordo com as recomendações da OMS, esta prática é desaconselhada já que não estão comprovados benefícios e é ainda associada a riscos para mãe e RN, quando utilizada de forma rotineira e desnecessária (Organização Mundial de Saúde, 1996). Também o período expulsivo se pode verificar lento e demasiado demorado, sendo preciso intervenção médica. Verificaram-se alguns casos de não progressão da descida da apresentação fetal, embora fossem utilizados vários métodos. Em casos semelhantes é frequente a prescrição médica de perfusão ocitócica, incentivada a deambulação da mulher acompanhada por alterações de posição e utilização da bola de parto. Estas medidas podem ser suficientes para promover a descida fetal, já que aumentar a mobilidade da bacia materna, permitindo a adaptação da apresentação no canal vaginal. A posição supina ajuda também por si só devido a força da gravidade (Lowdermilk e Perry, 2006). Estas medidas são realizadas sempre com apoio e monitorização da parteira, de forma a orientar a mulher e acompanhá-la. No entanto, muitas vezes com o passar do tempo e não eficácia das medidas adotadas, é frequente a avaliação médica e adoção de medidas que ajudem a expulsão fetal, principalmente quando se verifica comprometimento do bem-estar fetal. A utilização da ventosa é o mais frequente no local de estágio, embora haja obstetras que realizem o parto com auxílio de fórceps. A realização de parto distócico é levada a cabo pelos obstetras sempre com a parteira por perto, principalmente para apoio da mulher e indicações sobre os procedimentos.

Durante a descida fetal no segundo período do trabalho de parto, é comum a utilização de vaselina ou lidocaína, embora sem massagem perineal, com objetivo de lubrificar o períneo e canal vaginal para facilitar a progressão e expulsão fetal e reduzir o risco de lacerações, técnica que foi realizada, de acordo com os protocolos do serviço. No entanto, segundo alguns autores, este procedimento é desaconselhado. A estimulação perineal é também considerada má prática já que aumenta a fragilidade dos tecidos, aumentando assim a probabilidade de lesões e lacerações.

Num estudo realizado por Walfish et al. (2005), em que foram analisados os casos de 3000 mulheres, comparando a utilização de extensão perineal manual e o método passivo, em que não se utilizou esta técnica foi possível concluir que, embora esta técnica possa ajudar a diminuir a necessidade de realização de episiotomia, é responsável por um maior número de lesões perineais, com necessidade de reparo. Um outro estudo comprova que a massagem perineal, quando realizada no pré-parto, pode ser útil, já que pode aumentar a elasticidade do tecido perineal. No entanto este mesmo estudo, refere que a massagem perineal não deve ser usada no segundo estágio do TP, já que aumenta o risco de lacerações (Kalichman, 2008). Quando a apresentação fetal já se encontra no períneo materno e inicia a extensão da cabeça (durante e coroação), é possível verificar se o períneo permite a distensão dos tecidos. Esta elasticidade dos tecidos é diferente de mulher para mulher. Determinadas técnicas reduzem a incidência de lesões, como a utilização de compressas de água quente e proteção perineal. De forma a ajudar a proteção do períneo foi também frequentemente utilizada a manobra de Ritgen, que consiste em aplicar pressão para cima na região coccígea para permitir a extensão da cabeça lentamente. No entanto, existe ainda alguma controvérsia quanto à posição que o profissional deve adotar. Segundo uma revisão publicada na Cochrane Library, em que foram incluídas no total 11,651 mulheres, verifica-se que existem duas atitudes que o profissional pode adotar: *hands on*, ou proteção ativa do períneo e *hands off or poised*, ou conduta expectante. Segundo esta mesma revisão concluiu-se que não se verifica muita diferença a nível de traumatismo perineal entre a utilização destas duas técnicas (Aasheim, [et al.] 2012). Também este mesmo estudo nos refere a importância de outras técnicas para proteção perineal, como a manobra de Ritgen, massagem perineal, mas principalmente e com resultados positivos, a aplicação de compressas quentes no períneo durante o segundo estágio de trabalho de parto. Durante o estágio realizado, adotou-se sempre uma postura ativa (*hands on*) para a proteção perineal, tendo sido também utilizada a manobra de ritgen e mais raramente, a utilização de compressas quentes. No entanto, mesmo recorrendo a diferentes técnicas para ajudar

a expulsão fetal com o mínimo de traumatismo perineal, tal nem sempre era possível, e o recurso a episiotomia ainda é muito elevado. Nos casos em que se verifica que há pouca distensão dos tecidos e um risco de traumatismo perineal, pode-se realizar episiotomia para reduzir a probabilidade de lacerações e lesões mais complicadas. Esta técnica consiste em aplicar um corte mediolateral, efetuado durante a coroação, de forma a aumentar o canal vaginal, para facilitar a expulsão fetal (Viswanathan, 2005). A episiotomia tornou-se uma prática realizada de forma rotineira, para prevenção de lacerações mais graves. No entanto, muitos autores defendem que esta ideia é errada e que a episiotomia utilizada por rotina aumenta a dor e recuperação no pós-parto, podendo também potenciar lesões mais graves, sendo utilizada muitas vezes desnecessariamente (Viswanathan, 2005). Segundo a revisão publicada pela Cochrane Library, com revisão de 8 artigos (5541 mulheres) conclui-se que “há menos trauma perineal posterior, menos necessidade de correção e sutura e menos complicações” quando a episiotomia é realizada de forma restrita comparativamente a utilização rotineira desta prática (Kettle [et al.], 2012). Durante o estágio, de todos os partos realizados, foi realizada episiotomia em 24 casos (de um total de 43) e foi possível perceber que a proteção perineal é, de facto, muito importante na prevenção de lesões e que, mesmo quando estas se verificam, são maioritariamente de primeiro grau, pelo que têm uma cicatrização mais fácil, rápida e menos dolorosa do que uma episiotomia. Quando se previa a realização de episiotomia por alguns fatores de risco associados (como desadequação pélvica, macrosomia fetal, parto instrumentado, prematuridade, etc.) era habitual a tricotomia aquando do posicionamento da mulher e preparação do material, para facilitar a realização de episiorrafia no pós parto. Esta prática (tricotomia) não era realizada por rotina no HPH aquando da admissão, embora o número de mulheres a quem foi realizado no início do segundo período de TP fosse alto. De facto, a evidência mostra-nos que esta técnica realizada por rotina no momento de admissão não trás benefícios e não deve portanto, ser realizada até mais evidência. (Basevi e Lavender, 2012).

Nesta fase, em que se dá o coroamento (como referido, é quando o maior diâmetro da cabeça fetal provoca a distensão da vulva imediatamente antes da sua expulsão), era protegido o períneo enquanto a outra mão ajuda a flexão da cabeça fetal exercendo alguma pressão para baixo e posteriormente ajuda a extensão da cabeça, segurando suavemente, de forma a prevenir a extensão e saída súbita, o que aumenta a possibilidade de lesões perineais (Kettle [et al.], 2012). Após a saída da cabeça, era imediatamente verificado se existia alguma circular cervical do cordão. No casos em que se verificava uma circular era avaliado se havia possibilidade de passar o cordão para trás, suavemente, permitindo o nascimento sem tração do cordão e caso não fosse possível, era utilizado o corte do cordão umbilical a vulva, após clampagem. Após a saída da cabeça, as vias aéreas do RN eram limpas com uma compressa, libertando um pouco a boca e o nariz, no entanto a aspiração à vulva é atualmente desaconselhada, quer haja presença de mecónio, ou não (WHO, 1996; Mercer, [et al.]. 2007). Após a saída da cabeça, enquanto eram limpas as vias aéreas, aguardava-se a restituição, que consiste na rotação, para voltar a mesma posição que tinha quando estava encravado. Seguidamente, era exercida uma ligeira pressão para baixo, segurando o pescoço com as duas mãos para libertar o ombro anterior. Após a libertação do ombro anterior, seguia-se a libertação do ombro posterior e do resto do corpo (Lowdermilk e Perry, 2006). Nesta fase, pode verificar-se alguma dificuldade na libertação do ombro anterior. Se isto acontecer, uma pressão progressiva e ligeira para baixo, associada a uma flexão das pernas da mãe pode ajudar. No entanto, se mesmo assim, continua a verificar-se dificuldade na extração do ombro, deve pensar-se numa possível distocia de ombros e como tal, existe um protocolo de atuação. Verificou-se durante o estágio um caso de distocia de ombros, num feto de 4125g. O peso fetal estimado era bastante menor, pelo que não se previam dificuldades durante o trabalho de parto. A distocia de ombros caracteriza-se pela dificuldade na passagem dos ombros pela arcada pélvica e consequente libertação dos mesmos após a extração da cabeça no parto vaginal (Athukorala, Middleton, Crowther, 2008). De acordo com Reynolds e

Marques (2011) na abordagem da distocia de ombros inicialmente deve ser realizada a Manobra de McRoberts, associada ou não a pressão suprapúbica e extensão da episiotomia. A manobra de macroberts consiste na flexão dos membros inferiores da mulher e pretende uma diminuição do ângulo de inclinação pélvica, permitindo a libertação do ombro. A pressão supra-púbica pretende uma rotação do ombro anterior no sentido do tórax fetal, de forma a reduzir o diâmetro entre os ombros. Sendo os fatores de risco conhecidos, tais como macrosomia, diabetes gestacional, anomalias da bacia materna, idade materna avançada, estes devem ser detetados de forma a prevenir possíveis casos de distocia de ombros, para facilitar a actuação dos profissionais (Polit, et al., 2010). As manobras utilizadas na situação referida foram a manobra de macroberts e pressão supra-púbica, tendo sido suficientes para a libertação do ombro, sem lesão para o recém-nascido ou a mulher.

Terceiro Estádio de Trabalho de Parto

Após o nascimento, é imediatamente verificada a hora de parto. O RN é colocado na barriga da mãe uns momentos, enquanto se começa a limpá-lo, aproveitando para exercer movimentos firmes no tórax, para facilitar a expulsão de secreções, estimular e aquecer o RN (Lowdermilk e Perry, 2006) Seguidamente era cortado o cordão umbilical, sendo que pode ser o pai, mãe ou acompanhante a realizá-lo, se pretender. O momento certo para se efetuar o corte do cordão umbilical é o mais adiado possível, segundo a evidência. Embora não se verifiquem diferenças a nível da mortalidade infantil e recorrência a cuidados especializados neonatais, existem outros benefícios no corte tardio do cordão umbilical (entendendo-se por corte tardio o corte após mais de 1 min do nascimento e corte precoce quando ainda não passe um minuto) (McDonald, [et al.], 2013). Segundo a mesma revisão, verifica-se, no entanto, que quando o cordão umbilical é cortado mais tardiamente, o RN apresenta mais alta concentração de hemoglobina e de ferro. Após o corte do cordão umbilical,

é possível a colheita de sangue para preservação, se for opção dos pais. Esta colheita pode ser efetuada para um banco público ou privado, sendo esta questão combinada e preparada com os pais aquando da admissão. É também colhido sangue do cordão de acordo com os protocolos de incompatibilidade ABO e RH, se for o caso.

Habitualmente, quando a sala de partos não se encontrava muito cheia, era possível que uma parteira efetuasse todos os procedimentos necessários ao RN, de forma a permitir que quem efetuou o parto, continuasse o seu cuidado à mulher. No entanto, quando tal não era permitido foram prestados os cuidados iniciais ao recém-nascido, embora mantendo sempre atenção à mulher, para prevenir complicações (os cuidados ao RN serão discutidos mais à frente). Assim, após garantir os cuidados iniciais ao recém-nascido, este era colocado à mama, permitindo uma continuidade na prestação de cuidados a mulher.

Após o nascimento, inicia-se o **terceiro estágio do trabalho de parto** caracterizado pela expulsão placentar e anexos. Este mecanismo é facilitado pela contratilidade uterina que continua após o nascimento e que permite a diminuição da dimensão uterina e, concomitantemente, da área de implantação placentária, permitindo a separação da placenta. Neste processo, podem-se verificar sinais que acompanham a expulsão placentar, como a saída súbita de sangue (que consiste no sangue libertado aquando da separação da placenta e rotura das vilosidades), e aumento do tamanho do cordão umbilical, com a descida da placenta (McDonald e Middleton, 2009).

A atuação durante o terceiro estágio de trabalho de parto pode ser ativa ou passiva. A abordagem passiva consiste em esperar passivamente pelo descolamento da placenta e pela sua expulsão, sem utilização de técnicas mecânicas de auxílio na expulsão da placenta, nem de administração farmacológica. Esta abordagem, pelo tempo de espera, pode incentivar o contacto pele a pele da mãe com o RN e amamentação imediata, o que promove a produção de ocitocina natural que ajuda a contração uterina e consequente expulsão placentar.

A atitude ativa consiste na utilização de fármacos ocitócicos IV imediatamente após o nascimento para contração uterina, assim como técnica de tração controlada do cordão após o descolamento da placenta para promover a sua expulsão. De acordo com Coter, Ness e Tolosa, 2010, a administração de uterotônicos é eficaz na prevenção de hemorragia pós-parto, embora mais estudos sejam necessários. Relativamente a tração controlada do cordão, também se verifica eficaz na gestão ativa do trabalho de parto, embora deva ser efetuada com calma, simultaneamente a massagem uterina (Peña-Marti e Comunián-Carrasco, 2010). De acordo com os Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008), inicia-se a perfusão de 10UI de ocitocina em 500ml de NaCl ao ritmo de 250ml/h. Após o descolamento placentar, inicia-se a tração controlada do cordão e simultaneamente aplica-se pressão supra-púbica moderada para extração da placenta. De acordo com uma revisão sistemática publicada pela cochrane library, a abordagem ativa do terceiro estágio de trabalho de parto diminui o risco de hemorragia nesta fase do trabalho de parto e mesmo após, sem interferência no Apgar e bem-estar do RN. No entanto, esta postura ativa traz outros riscos, já que também se encontra associada a um maior número de mulheres a voltarem ao hospital no pós-parto por hemorragia, mais dor no pós-parto e também aumento da pressão arterial materna. Esta revisão concluiu que a postura ativa nesta fase é sim, útil e benéfica, mas deve ser utilizada com precaução, com consentimento da mulher e, em casos de risco, talvez até modificada (Begley [et al.], 2010).

Relativamente à atuação em estágio no terceiro estágio do TP, era predominantemente cativa, já que era sempre colocada uma perfusão ocitócica e era também realizada uma tração controlada do cordão, acompanhada de pressão supra-púbica. No entanto, não existia protocolo atual que defende-se uma atuação ou outra no bloco de partos, ficando a atuação dependente da prática de cada profissional.

Após o dequite, é fundamental a observação da placenta, determinando o mecanismo de expulsão (Schultz ou Duncan se a placenta surgir pela face fetal ou materna, respetivamente) e observa-se seguidamente a

integridade dos cotilédones placentares, para despistar a possível retenção parcial placentar. Apenas uma porção da placenta pode impedir a contração uterina e iniciar uma hemorragia pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2006). A hemorragia pós-parto classifica-se como uma perda de sangue pelo trato vaginal acima de 500 ml nas primeiras 24h após o parto, sendo as primeiras horas as mais críticas, visto que a principal causa é a inadequada ou não contração uterina. As maiores complicações da hemorragia pós-parto são choque hipovolêmico, coagulação intravascular disseminada (CID), falência renal e hepática e falência respiratória (Mousa e Alfirevic, 2007). É assim fundamental atuar no sentido de prevenir esta complicação e a abordagem cativa no terceiro estágio do trabalho de parto surge neste sentido. No entanto, após o dequite é importante continuar os cuidados no sentido de prevenir esta complicação. A massagem uterina é um dos cuidados a ter que se mostra importante e é recomendada para prevenção da HPP (Hofmeyr, Abdel-Aleem, 2008).

Qualquer hemorragia anormal no pós-parto pode ser indicativa de outras complicações como a retenção placentar ou possíveis lesões do canal vaginal ou colo uterino. Assim, era sempre feita uma inspeção do canal vaginal, do colo uterino e mesmo da placenta após a sua exteriorização, como referido. Qualquer anomalia ou lesão era corrigida. No caso de se verificar uma lesão no colo uterino ou laceração mais profunda, era aconselhável chamar o obstetra para avaliação e para que ele efetue a correção. No caso de suspeita de retenção placentar, efetuou-se uma revisão uterina. No caso de não se apresentarem complicações, forma-se o globo de segurança ou de Pinard, que se caracteriza pela involução e contração uterina, formando um globo. Nesta altura o fundo uterino encontra-se aproximadamente a 2cm abaixo do umbigo (Lowdermilk e Perry, 2006).

Verificou-se durante o estágio uma situação de uma complicação durante o trabalho de parto, em que uma primípara apresentou uma laceração perineal de terceiro grau. Foi um trabalho de parto muito rápido, principalmente o segundo estágio, já que a senhora entrou já com dilatação completa. Como não tinha nenhum tipo de analgesia e a

laceração precisava de tempo para ser corrigida, foi levada para o bloco operatório, para ser colocada sob anestesia e também por ter mais material para a sutura. No entanto, visto ter tido uma perda de sangue significativa, no BO apresentou um quadro de coagulação intravascular disseminada. Este quadro foi difícil de reverter, mas finalmente foi possível a correção eficaz da ferida e reversão do quadro geral, tendo tido posteriormente uma reabilitação total. Seguindo o caso, mais tarde tornou-se claro para o quadro médico que, pelos seus antecedentes e exames já realizados, esta senhora apresentava uma alteração dos fatores de coagulação, o que justificou a complicação da sua situação.

Verifica-se assim a importância da correção de lacerações ou a episiorrafia, se for o caso. Como referido, na presença de lacerações mais complicadas, é chamado o obstetra para que este possa examinar e em determinadas situações efetuar a sutura. Mas de forma geral, estas reparações são executadas pelo EEESMO. As correções de lacerações do 2º grau ou episiorrafia são iniciadas por uma sutura contínua para encerramento da mucosa vaginal, seguidas por pontos isolados para aproximação e encerramento do tecido muscular e celular subcutâneo e terminadas por pontos isolados de donati para encerramento do períneo (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). De facto, estudos apoiam esta abordagem para sutura, já que esta técnica está associada a menos dor no pós-parto, recuperação mais rápida, menor necessidade de analgesia durante a sutura e menos gastos de material (Kettle, Dowswell e Ismail, 2012). Também relativamente ao tipo de fio, este é habitualmente um fio de absorção rápida como o Vicryl. Este fio permite menor intensidade de dor no pós-parto, mais rápida recuperação e menos deiscências de sutura (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

2.2.2. *Apos o Nascimento: O Recém-Nascido*

Apos o nascimento, foi importante efetuar uma avaliação do recém-nascido, de forma a perceber qualquer dificuldade na sua adaptação e transição. Quando o recém-nascido nasce, a primeira respiração dá-se devido alterações de pressão, temperatura, ruído, luz e outras alterações normais do processo de nascimento. A estimulação pode ajudar a que se estabeleça o processo respiratório, mas no caso de o recém-nascido apresentar alguma dificuldade, devem ser efetuadas intervenções necessárias. Durante o estágio realizado, verificaram-se dois casos de recém-nascidos em que foi necessária a utilização de ambu, para facilitar o início do processo respiratório, já que não iniciaram, espontaneamente, 1 min após o nascimento. Segundo a WHO os RNs que não respirem espontaneamente, devem receber ligeira fricção nas costas para estimular a respiração e, no caso de um minuto depois, mesmo com estimulação, não se iniciar o processo respiratório, há indicação para iniciar ventilação mecânica com ambu. A utilização da ventilação mecânica tem prioridade relativamente às compressões torácicas, já que se mostra mais eficaz. A eficácia da utilização do ambu deve ser avaliada através da frequência respiratória do RN, assim como dos movimentos torácicos. No entanto, se 10 min após as atitudes de reanimação eficazes, não se iniciar frequência cardíaca, as atitudes de reanimação devem ser interrompidas (World Health Organization, 2012).

Mesmo depois de estabelecida a respiração, é importante avaliar sinais de dificuldade, como adejo nasal, tiragem intercostal, ou gemido respiratório. A frequência respiratória na primeira hora é de cerca de 40 a 60 ciclos por minuto, sendo normal que apresente irregularidades ou mesmo momentos de apneia (inferiores a 15 seg), mas que devem ser vigiados (Lowdermilk e Perry, 2006). Relativamente a experiências de estágio, felizmente não se verificou nenhum caso de paragem cardio-respiratória, tendo-se verificado um caso de um prematuro de 36s de gestação, que apresentou tiragem respiratória e cianose periférica mais acentuada, pelo que foi colocado na sala de reanimação, sob fonte de calor e vigiado mais atentamente durante a primeira hora de vida. A cianose

periférica regrediu e os ciclos respiratórios mantiveram-se eficazes e sem alterações, pelo que foi recolocada em contacto com a mãe.

Após o estabelecimento do processo respiratório, no primeiro minuto é avaliado também o Índice de Apgar, que consiste num exame que determina o estado clínico do RN um minuto após o seu nascimento, facilitando a intervenção a tomar. Este exame compreende a avaliação de cinco itens: a frequência cardíaca, tonicidade muscular, irritabilidade reflexa, esforço respiratório e cor do RN. A cada um destes itens é atribuído um valor de 0 a 2. Desta forma o índice de Apgar tem um máximo de 10 valores. Esta avaliação foi sempre feita ao primeiro e quinto minuto (caso se justifique, também ao décimo). Este índice é muito útil para definir a necessidade de intervenção ou reanimação de RN e acima de tudo para avaliar a sua eficácia (American Academy of Pediatrics, C.F. [et al.], 2006).

Os cuidados imediatos ao RN eram também prestados nesta fase, sendo que ele era colocado no abdómen materno, onde era limpo o rosto, nariz e boca, de forma a limpar as vias aéreas, assim como também era limpo o tórax com movimentos contínuos, de forma a estimular os movimentos respiratórios. Como referido acima, a prática de aspiração à vulva não é utilizada. O corte do cordão era efetuado, habitualmente, quando o cordão deixa de pulsar, ou cerca de um minuto após o nascimento (habitualmente o tempo ideal para limpar o recém-nascido), sendo o que os autores defendem (McDonald e Middleton, 2009). No entanto, após o corte do cordão umbilical e após o primeiro contato com a mãe, o RN era levado para ser limpo e nesta altura podia ser realizada aspiração das vias aéreas, se necessário. Em estágio, as únicas situações em que se procedeu a aspiração de secreções foi simplesmente nariz e boca do RN, por se encontrarem muitas secreções acumuladas. De qualquer forma, de acordo com as recomendações e os estudos apresentados, a aspiração após o nascimento não deve ser realizada, dado que não tem benefícios. (Mercer, [et al.] 2007; Organização Mundial de Saúde, 2012). No caso de haver presença de mecónio, a OMS diz-nos que a aspiração não deve ser utilizada, a menos que estejamos na presença de um RN que ainda não tenha iniciado

os movimentos respiratórios e apresente mecônio nas vias respiratórias. Revisão da literatura diz-nos que a prática aspiração quando haja presença de mecônio apresenta tantos resultados como a não aspiração (Roggensack A, [et al.] 2009). Finalmente Mercer et al. (2009) diz-nos que a aspiração de secreções não deve ser utilizada em condição nenhuma, já que estudos apresentados mostram que esta não traz nenhum benefício para o RN.

Intervenções relacionadas com a observação são muito importantes nesta fase, tendo sempre sido realizadas durante esta primeira observação, sendo estas intervenções observar os reflexos do recém-nascido, assim como despistar possíveis alterações morfológicas. No que diz respeito aos reflexos estes proporcionam informação útil acerca do estado neurológico do recém-nascido. Os reflexos observados foram o reflexo de sucção, deglutição, preensão palmar e plantar, moro, marcha automática, sinal de babinski, entre outros. Avaliação do sistema tegumentar, músculo-esquelético, sistema reprodutor, sistema eliminatório e todos os outros foi também efetuada. Qualquer alteração foi registada e avaliada. Nos partos distócicos por ventosa é frequente o recém-nascido apresentar caput succedaneum (edema do couro cabeludo, devido ao aumento dos fluídos tecidulares da pele do crânio), que é avaliado e registado, para posterior avaliação. Qualquer alteração é também comunicada e explicada aos pais, de forma a não os alarmar (Lowdermilk e Perry, 2006).

Simultaneamente a avaliação referida do recém-nascido, este era pesado, medida a altura e perímetro cefálico, colocada a sua identificação e administrada Fitomenadiona IM. A administração de fitomenadiona é protocolo no Hospital Pedro Hispano que deve ser efetuada nas primeiras horas e tem como objetivo a prevenção da hemorragia do recém-nascido. No RN, verifica-se uma deficiência de Vit. K, relativamente ao adulto, que, embora seja fisiologicamente normal, pode ser mais acentuada no caso de existir alguma deficiência na transfusão placentar, ou até mesmo no caso de corte do cordão umbilical precoce. Embora na maioria das situações o RN tenha fatores de coagulação suficientes para parar uma hemorragia, podem existir casos pontuais em que tal não se verifica. Por isto se tornou protocolo a administração de 1 mg de Fitomenadiona IM após o nascimento,

de forma profilática (Lippi e Franchini, 2011). A administração de pomada oftálmica para profilaxia é controversa. Esta prática é ainda recomendada de forma profilática, para prevenção de infecção oftálmica do RN, sendo os agentes principais a clamídia e gonococos. Estudos recentes apoiam que esta prática deve ser revista, pois temos evidência de que este protocolo pode prevenir a infecção ocular no RN em alguns casos, mas que existem ainda registros de infecção oftálmica (mesmo com utilização de pomada) (Darling e McDonald, 2010). Seguidamente o RN era sempre aquecido e colocado no abdômen materno, para prevenção de hipotermia e para promoção da vinculação o mais precoce possível. É fundamental manter o recém-nascido sempre aquecido, já que a sua termorregulação não é igual à do adulto. O recém-nascido apresenta os vasos sanguíneos mais próximos da superfície da pele, o que provoca uma perda de calor mais rápida e acentuada. Os recém-nascidos são, assim, suscetíveis de perda de calor, podendo esta provocar hipotermia, que é um dos problemas mais comuns e graves nos recém-nascidos (Western Australian Centre for evidence based nursering and Midwifery, 2006). Tendo isto em conta, o diagnóstico de risco de hipotermia era sempre levantado, sendo as principais intervenções associadas o secar o RN, aquecê-lo com lençóis previamente aquecidos coloca-lo pele a pele com a mãe. No caso de um recém-nascido pré-termo, os cuidados a ter eram os mesmos, sendo que a observação do pediatra é obrigatória. Quando se trata de um recém-nascido pré-termo que apresente alguma dificuldade respiratória ou necessite de vigilância contínua, é habitual o internamento em neonatologia.

A rapidez de atuação é importante no que diz respeito ao efetuar todas as observações e cuidados imediatos, ou então opta-se por completar o exame mais tarde, se possível, de forma a facilitar o contacto dos pais com o recém-nascido. Segundo alguns autores a vinculação adequada dependia muito dos primeiros momentos com o RN, chegando mesmo a acreditarem que se esta não fosse bem estabelecida, estaria comprometida posteriormente. Hoje, verifica-se a vinculação como um processo evolutivo, com extrema importância nas primeiras horas, mas com importância contínua nos próximos dias (Figueiredo, 2003). A vinculação é

assim um processo mútuo, entre os pais e o RN, de reconhecimento e que leva o tempo necessário para que se estabeleça uma relação emocional. Autores defendem atualmente, que a mutualidade deste processo deposita importância nas reações do RN. As reações do RN influenciam imenso a reação dos pais; pequenas reações como reflexo de preensão, estar alerta e manter contacto visual com os pais facilitam a interação e fazem os pais sentirem-se aceites. Reações negativas como chorar, evitar contacto visual, estar sonolento, semelhanças com alguém que os pais não gostem, entre outros, podem atrasar o processo de vinculação com os pais. Pequenos passos, fundamentais para facilitar a vinculação, foram realizados, como colocar o RN no abdómen materno (manobra de kanguru) após primeira observação e avaliação, incentivar e promover o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, incentivar a mãe ou acompanhante a cortar o cordão umbilical, incentivar a participação do acompanhante durante o trabalho de parto (dar a mão à grávida, dar apoio, palavras de conforto e incentivo, etc.) (Lowdermilk e Perry, 2006).

É frequente a utilização da técnica de contacto pele-com-pele, em que se coloca o recém-nascido despido, sobre o peito nu da mãe, envolvendo os dois em lençóis aquecidos, para manter a temperatura do recém-nascido, como referido. Estudos dizem-nos que esta técnica é extremamente benéfica tanto para o RN como para a mãe, já que beneficia a amamentação, interação mãe-RN, acalma o RN e ajuda a estabilização cardio-respiratória e não apresenta efeitos negativos (Moore, Anderson e Bergman, 2007). Segundo os mesmos autores, de 1925 participantes, 86% disseram preferir este método de contacto pós-parto.

Uma forma de promover o contato é incentivar a amamentação na primeira hora de vida do RN, assim que possível e que ele seja colocado em contato com a mãe. É extremamente benéfico para que a mulher se sinta próxima do seu RN e também para que este inicie a sua aprendizagem sobre amamentação. De facto, este contato inicial é nada mais que uma aprendizagem para ambos e também uma ótima oportunidade para estimulação, já que a saída de colostro não é, habitualmente em muita quantidade numa fase inicial. No entanto, estudos demonstram que este

contacto inicial é fundamental já que aumenta muito o sucesso da amamentação e continuação da amamentação exclusiva no primeiro mês de vida do RN, assim como diminui o tempo de início de amamentação eficaz e de tempo de aprendizagem de ambos (Mahmood, Mahmood e Nusrat, 2011). Além disto, a estimulação da amamentação neste momento também contribui para a libertação de ocitocina, o que promove a contração uterina.

Nesta fase inicial de amamentação eram efetuado educação para a saúde relativamente à pega correta e posicionamento do RN, mas tudo o resto só era ensinado mediante a necessidade da situação, já que nas primeiras horas pós-parto a mulher está cansada e não tem a mesma capacidade de interiorizar e assimilar a informação que lhe é dada.

2.3. Pós-Parto

O período pós-parto inicia-se após o dequite e caracteriza-se por uma fase de adaptação da mulher e retorno ao seu estado não-gravídico. Este período tem a duração de cerca de seis semanas, sendo que as primeiras 48h a 72h são passadas no internamento de obstetrícia. No entanto, a recuperação fisiológica da mulher demora até cerca de um ano, pelo que é importante que esta tenha consciência das alterações que irá sofrer. Quando a puérpera é internada no serviço de obstetrícia, no pós-parto, era importante recebê-la e acolhê-la no serviço: apresentar o serviço e o quarto (um melhor acolhimento será efetuado após o 1º levante), identificar a cama e a puérpera e efetuar o processo de enfermagem. Ao longo deste internamento são efetuadas inúmeras vigilâncias do estado de saúde da puérpera e simultaneamente são educações para a saúde. Neste período era intervenção de enfermagem o cuidado e vigilância, assim como a utilização de todos os momentos para efetuar educações para a saúde. Estes nunca devem ser efetuados em demasia, já que a capacidade de aprendizagem da mulher está comprometida nesta altura por toda a situação envolvente: o cansaço físico e psicológico, o seu novo RN, as suas

alterações e adaptações, etc. É, por isto, fundamental que o ensino seja bem estruturado e organizado, de forma a permitir que seja completo, mas acima de tudo que seja assimilado e compreendido. O processo de recuperação materno, assim como a sua interação com o seu RN depende de muitos fatores: sociais, económicos, psicológicos e também da interação do enfermeiro, que é fundamental no que diz respeito à aprendizagem (Ramona, Mercer e Walker, 2006).

2.3.1. *Puérpera*

Durante o internamento era sempre mantida vigilância e monitorização do estado de saúde da puérpera e da sua adaptação ao pós-parto, assim como ao longo do tempo a sua recuperação e autonomia. Nas primeiras horas após a admissão, a mulher é incentivada a manter repouso durante 6h no caso de parto vaginal e 12h no caso de cesariana. Durante estas primeiras horas é efetuada uma vigilância mais frequente dos sinais vitais, vigilância da primeira micção (no caso de ter sido algaliada no bloco de partos) e vigilância da urina no caso de ainda se encontrar algaliada (nos casos de cesariana) (Liang, [et al.] 2010). A importância da primeira micção deve-se à prevenção de retenção urinária, principalmente em casos de analgesia durante o parto com morfina, através do cateter epidural. Está comprovado que a utilização de morfina pode causar retenção urinária, embora não esteja relacionado com dificuldades urinárias posteriores (Liang, [et al.] 2010). O esvaziamento vesical é também importante para prevenir a formação de globo vesical, que, nesta altura, pode impedir a formação do globo de Pinard e posteriormente a involução uterina. É também mantido o autocuidado e são realizadas intervenções como promover e auxiliar nos cuidados de higiene necessários antes do 1º levante; efetuar a gestão da terapêutica e manter o conforto da puérpera para promover repouso nestas primeiras horas.

Relativamente à gestão de terapêutica, é protocolo no H.P.H. a administração de 20u de ocitocina em 2000ml de SF no pós-parto, para promover a contração uterina e prevenir hemorragia pós-parto. Como acima referido, a atuação cativa no terceiro período do TP é utilizada como prevenção da hemorragia pós-parto, assim como o protocolo referido. Estudos comprovam que a administração de uterotónicos como profilaxia reduz a incidência de hemorragia no pós-parto imediato e tardio. (Roura e Keith, 2009).

No que diz respeito à analgesia no pós-parto, no caso de parto por cesariana, as mulheres são admitidas no serviço com cateter epidural, para possibilitar a administração de morfina nas primeiras 24h. O cateter epidural era retirado após a terceira toma de morfina (de acordo com protocolo). Este protocolo de analgesia pós-parto é eficaz, mas tem como efeitos secundários mais frequentes prurido e náusea, pelo que era sempre dada importância à vigilância. (MacArthur, 2005). Nas mulheres em pós-parto vaginal era cumprido um protocolo de administração de paracetamol e ibuprofeno no sentido de permitir a analgesia nas primeiras horas pós-parto, o que habitualmente é suficiente, conjugado com outras técnicas de conforto como gelo para aplicação perineal, posicionamento para maior conforto. Estudos comprovam que esta atuação é a mais indicada e habitualmente suficiente para promover alívio da dor e conforto (MacArthur, 2005). A vigilância e monitorização da dor são importantes para despiste de complicações e para gestão terapêutica adequada.

A vigilância da recuperação pós-anestésica e bloqueio motor também era efetuada. Ao longo do estágio verificaram-se dois casos de picada da dura-mater durante a colocação de cateter epidural, sendo que os sinais foram identificados no pós-parto. Era, por isto, importante que nestes dias de internamento houvesse o máximo de vigilância.

Após as respetivas 6h/12h era efetuado o primeiro levante. Eram monitorizados os sinais vitais e avaliado o estado de consciência e sinais anormais. Após o primeiro levante a mulher era sempre incentivada a promover a sua saúde, sendo autónoma no seu autocuidado e iniciando a sua recuperação física. A adaptação anatómica, fisiológica e emocional no

pós-parto pode suscitar muitas dúvidas para a mulher, já que muitos fatores são desconhecidos para ela. Só tendo este conhecimento será possível identificar sinais de alerta. A monitorização dos sinais vitais era efetuada na admissão e posteriormente pelo menos duas vezes por dia. Esta vigilância é fundamental para despistar complicações como infeção, hemorragia, entre outras.

As adaptações fisiológicas da mulher no pós-parto passam pela **involução uterina**, que corresponde ao retorno do útero ao seu estado normal, como referido anteriormente. Esta era vigiada no internamento através da palpação abdominal. Nas primeiras 12h é habitual que o fundo uterino se encontre cerca de 1cm acima da linha do umbigo, sendo que posteriormente, com a involução uterina, há uma diminuição de 1-2 cm em cada 24h (Lowdermilk e Perry, 2006). A subinvolução caracteriza-se pela não diminuição do útero e é um sinal de alerta, já que está associado a complicações. Esta complicação era sempre despistada no internamento e, posteriormente, pela mulher após a alta. Era também sempre referido à mulher que o exercício é muito importante no pós-parto, sendo que há exercícios adequados (não muito exagerados relativamente ao esforço físico) e que permitem uma readaptação anatómica mais rápida e contribuem para a involução uterina. A massagem uterina pode também ser ensinada à mulher no pós-parto, de forma a promover a involução uterina adequada. Também durante a amamentação é habitual a mulher sentir dores uterinas caracterizadas pela contração, pelo que esta deve estar devidamente informada. Outra vigilância efetuada e posteriormente também vigiada pela mulher no pós-parto é a **perda hemática**, pelo que foram sempre promovidas educações para a saúde. Os lóquios são a perda vaginal no pós-parto e são, nos primeiros 3-4 dias, hemáticos (constituídos por sangue, decídua e tecido trofoblástico) e até cerca de 45 dias após o parto passam a sero-hemáticos e serosos (constituídos principalmente por soro, leucócitos, decídua, células epiteliais). A mulher era ensinada para que percebesse a sua evolução e fosse capaz de despistar alterações de alerta. Exemplos destas são a continuação de lóquios hemáticos após o

tempo dito “normal”, o odor desagradável, entre outros. (Lowdermilk e Perry, 2006).

Os cuidados de higiene foram sempre incentivados durante o internamento e após. A troca de penso e higiene deve ser frequente para manter o ambiente seco e prevenir possíveis infeções, principalmente se houver ferida cirúrgica ou laceração corrigidas. A mucosa vaginal também retorna ao seu estado habitual, reaparecendo as rugas da mucosa e originando o seu espessamento. O excesso de estrogénios nesta fase caracterizam muitas vezes a deficiência de lubrificação até o retorno da menstruação (Lowdermilk e Perry, 2006). Outra questão a ter em conta nesta fase são as feridas cirúrgicas; é também efetuada vigilância ao longo do internamento no sentido de identificar possíveis sinais inflamatórios ou má cicatrização das feridas (quer ferida cirúrgica da cesariana como correção de laceração ou ferida cirúrgica perineal).

Um facto de alerta para as mulheres do internamento é, frequentemente, os edemas, já que estas mostram receio que este possa ser anormal. Os edemas no pós-parto são naturais, principalmente nas pernas, devido a acumulação de líquido. No entanto, embora este seja habitualmente eliminado no pós-parto, pode representar algum sinal de complicação, pelo que era sempre dada informação adequada a mulher. O aparecimento de varizes foi frequentemente verificado ao longo do estágio como desconforto para as puérperas. Era importante informar que é normal a regressão das varizes dos membros inferiores e anais no pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2006). No entanto, é muito frequente necessitarem de colocação de pomada vasoconstritora que é fornecida pelo serviço, para alívio do desconforto nas varizes anais.

No pós-parto verifica-se também uma perda de peso significativa equivalente ao peso fetal e anexos, assim como fluídos. Há um aumento da diurese e diaforese causada pela perda de líquidos que se dá nesta fase. A recuperação do trânsito intestinal no pós-parto pode demorar cerca de 2 a 3 dias, já que se verifica uma diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o trabalho de parto (Lowdermilk e Perry, 2006). Esta situação é motivo de preocupação para muitas mulheres como foi possível

verificar ao longo do estágio. Foi importante informá-las devidamente e aconselhar a deambulação, ingestão de líquidos e, se necessário, administração de emolientes, segundo prescrição.

No caso da puérpera apresentar alguma **patologia associada**, os cuidados e vigilâncias no pós-parto foram adequados à sua patologia. Os casos mais frequentes durante o estágio foram de diabetes gestacional, hipotireoidismo, HTA crónica ou gestacional.

No caso de diabetes, as intervenções efetuadas foram: monitorização dos níveis de glicemia segundo protocolo, gestão da terapêutica (oral e administração de insulina segundo protocolo), vigilância do estado geral e sinais vitais; ensinar acerca da patologia e cuidados inerentes. Quando falamos de diabetes gestacional, é frequente que após o parto esta patologia desapareça. Um estudo realizado mostrou que o risco de uma mulher que sofreu DM gestacional, mas que não apresente nenhum facto associado, de apresentar diabetes pós-parto é de 14% nos próximos 8 anos pós-parto. No entanto, este valor sobe bastante no caso de a mulher apresentar fatores associados, sendo a obesidade o de maior risco (Lobner, [et al.] 2006).

No caso de hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia, as intervenções aplicadas foram: vigilância da tensão arterial segundo protocolo, monitorização da dor e cefaleias, avaliação do estado de saúde geral, monitorizar sintomas, avaliar edemas, vigiar eliminação urinária ou débito urinário enquanto mantiver algáliação, gerir terapêutica. No caso de subida tensional era administrado anti hipertensor segundo prescrição médica e em caso de sinais de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia é administrado sulfato de magnésio segundo protocolo do serviço. Como os sintomas de pré-eclâmpsia desaparecem habitualmente após expulsão placentar, é habitual o descuido da vigilância no pós-parto, após as 48h. No entanto, embora raro, a maioria das convulsões pós-parto associadas a eclâmpsia se dão após as 48h. Isto reafirma a importância da educação para a saúde adequada, para que a mulher possa estar alerta para algum sinal no pós-parto, após regresso a casa (Al-Safi, [et al.] 2011).

No caso da puérpera apresentar outra patologia associada (como patologia endócrina), mantêm-se a terapêutica de acordo com prescrição e mantem-se as vigilâncias adequadas. Em qualquer alteração ou patologia que a puérpera apresente, foi sempre fundamental efetuar ensinamentos acerca da patologia em questão e acerca de todas as intervenções e vigilâncias efetuadas.

O período de internamento pós-parto é de extrema importância por vários motivos. Para além de todos os ensinamentos e vigilâncias há, como anteriormente referido, uma monitorização contínua de forma a despistar complicações pós-parto. Estas complicações podem ser várias e são mais frequentes nestes primeiros dias após o parto. As complicações pós parto mais frequentes são a hemorragia, a atonia uterina, a infeção pós-parto, doenças trombo-embólicas, alterações pós-anestésicas, deiscência das suturas, complicações associadas à amamentação etc. (Plunk, [et al.] 2013). Ao longo do estágio não foi possível contactar com todos os tipos de complicações referidos, mas foi efetuada pesquisa e investigação teórica sobre as complicações. De todas as formas é de extrema importância a monitorização de sinais e sintomas de possíveis complicações para despiste e atuação indicada. A hemorragia pós-parto, como já abordado acima, é uma das maiores complicações dado que é a mais grave e que origina mais casos de mortalidade, podendo ter várias causas como a atonia uterina, retenção placentária, lacerações trato genital, subinvolução uterina, etc. e pode, se não for resolvida rapidamente evoluir para choque hipovolémico. Era, assim, importante identificar situações de taquicardia, taquipneia, hipotensão, alterações da cor da pele, sudorese e perda sanguínea para prevenir rapidamente complicações maiores. A atuação indicada nestas situações é a cateterização venosa periférica para garantir um acesso, a avaliação dos sinais vitais, do estado físico da puérpera e da tonicidade uterina, a quantificação e avaliação da hemorragia e administração de ocitocina ou outros medicamentos adequados à situação específica, de acordo com indicação e/ou protocolos. Pretende-se uma estabilização hemodinâmica e correção do fator que desencadeou a hemorragia e prevenção de choque hipovolémico (Lowdermilk e Perry, 2006).

Ao longo do estágio efetuado verificou-se um caso de hemorragia pós parto no internamento de obstetrícia, que foi rapidamente resolvido com massagem uterina e aumento da perfusão de ocitocina em curso, já que a origem era um relaxamento uterino. Como referido anteriormente verificou-se um outro caso de hemorragia pós-parto, mas ainda no bloco de partos.

Uma outra complicação comum no pós-parto é a infeção pós-parto, que se pode dever a retenção fragmentar, endometrite, infeção de ferida cirúrgica, mastite, infeção urinária, infeção respiratória, etc. é muito importante identificar febre superior a 38°C, taquicardia, arrepios, náuseas, dor pélvica, de forma a compreender se estamos perante uma infeção e qual o ponto de origem. Os cuidados associados são a vigilância dos sinais vitais e estado físico da puérpera, identificação da infeção, avaliação e vigilância de feridas, administração de medicação segundo indicação e/ou protocolo, efetuar ensinios à puérpera de acordo com a situação específica (infeção da ferida, mastite, infeção urinária, etc.) (Plunk, [et al.] 2013). Não se verificou nenhum caso de infeção no pós parto ao longo do estágio realizado.

A deiscência de sutura é outra complicação possível, quer em cesarianas, quer após parto eutócico com ferida cirúrgica, tendo como vigilâncias associadas para prevenção e identificação a vigilância de alterações no processo cicatricial da sutura, separação dos bordos da sutura, possivelmente com sinais inflamatórios associados (edema, rubor, calor, febre...). Após a deteção desta complicação é importante a vigilância da ferida, comunicar ao médico, transferir a puérpera, se necessário, incentivar repouso no leito, avaliação de sinais vitais e avaliação física (Lowdermilk e Perry, 2006). Verificou-se um caso em estágio de deiscência de sutura após o 1º dia de cesariana eletiva. Foi necessário a comunicação ao médico com posterior decisão de voltar ao bloco operatório para correção da sutura. Após a cirurgia a senhora regressou ao internamento, com indicação para vigilância acrescida.

Durante o estágio foi possível também ter contacto com dois casos de alterações pós-anestésicas no internamento. Nestas situações pode-se

verificar um bloqueio motor prolongado, sinais de infecção, cefaleias, sensação de vertigem, sudorese, etc. (Can [et al.], 2008). Nos casos referidos as senhoras referiam cefaleias intensas, que aumentavam quando faziam levantar e fotossensibilidade. A dor de cabeça causada pela punção dural é caracterizada como uma dor fronto-ocipital grave associada a náusea. Esta condição está associada a punção da dura-mater e libertação de fluido cefalo-raquidiano. Na maioria dos casos é tratado tradicionalmente com sucesso (Can, [et al.] 2008). Este foi o diagnóstico do médico anestesista após comunicação da situação. Os cuidados a ter são o repouso no leito com a cabeceira não elevada, e a ingestão de café oral e muitos líquidos. É importante durante este tempo a assistência no autocuidado, vigilância de sinais vitais, administração de terapêutica conforme prescrição, etc. Embora a dor nas costas também fosse uma queixa nos casos referidos, estudos comprovam que esta não está relacionada com a analgesia epidural e que não há relação entre esta e possíveis dores nas costas posteriores (Charlier, [et al.] 2012).

Em todas estas situações é primordial compreender a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e seguir indicações médicas para realização de exames ou sobre cuidados específicos, administrar e gerir terapêutica prescrita, comunicar informações e alterações do estado da puérpera, entre outros.

O pós-parto é uma altura muito frágil para a mulher que acabou de ter o seu RN. Verifica-se uma mudança e instabilidade na vida do casal e muitas vezes acontecem perturbações do humor na mulher. Tendo em conta esta instabilidade, foi sempre efetuado um acompanhamento do casal e o seu RN e prestado apoio emocional e psicológico ao mesmo tempo que avaliado as alterações normais ou patológicas do estado emocional da mulher.

De acordo com Lowdermilk & Perry (2006), as perturbações do humor são muito frequentes neste período, sendo a patologia mais frequente. Embora o internamento hospitalar seja relativamente curto (48 a 72h em média) e os sinais de depressão pós-parto só apareçam mais tarde, é possível no internamento observar o comportamento da mulher. Desta forma, verificamos que só poderíamos efetuar este diagnóstico mais tarde.

No entanto, como referido, era importante uma atenção contínua para sinais de choro, de desânimo e de falta de apego e vinculação ao RN. Numa fase inicial do período pós-parto, podemos estar perante blues pós-parto, que se caracteriza como uma alteração emocional e comportamental devido às drásticas alterações emocionais que se dão no pós-parto imediato. A mulher apresenta uma hipersensibilização a estímulos, sendo que o choro é um sinal frequente. O blues pós-parto pode dificultar o bonding inicial com o RN, já que a receptividade materna pode não ser a mesma (Figueiredo, 2003).

Estudos mostram que a taxa de depressão pós-parto é alta e que deve, portanto ser fator de atenção. Um estudo publicado no Journal mostrou que 9,1% das mulheres selecionadas em amostra aleatória, demonstraram sintomas de depressão pós-parto, sendo os principais fatores ansiedade relacionada com o cuidado ao RN, história familiar e entre o próprio casal problemática, falta informação sobre o cuidado ao RN, entre outros (Serhan, [et al.] 2012). Tais dados são, sem dúvida uma chamada de atenção para os profissionais. Sabendo assim que a prevalência da depressão pós parto é alta, sabemos a importância da atuação precoce. A actuação do enfermeiro no sentido de apoiar nos cuidados, gerir o ambiente, proporcionar momentos de repouso e auxiliar nos cuidados ao recém-nascido é, por si só, fundamental no vínculo inicial da mulher ao seu filho, pois melhora a sua disponibilidade emocional (Figueiredo, 2003). A mulher deve poder tocar no seu RN, cuidar dele, amamentar, já que tal promove o vínculo entre os dois. Outra atuação de extrema importância e a educação para a saúde. Se esta for feita acerca das perturbações de humor no pós-parto, dos seus sinais e das formas de prevenção, tal potencia a capacidade de resposta da família, de prevenção, identificação e atuação. Formas de prevenção das perturbações emocionais são a partilha de sentimentos e pensamentos, o autocuidado adequado (boa alimentação, repouso, exercício adequado), a ajuda do companheiro e família de forma a prevenir a sobrecarga de trabalho e emocional e a percepção de que estas perturbações são comuns e devem, portanto, ser alertadas para que possam ser resolvidas (Figueiredo, 2003).

Como já referido, nesta fase inicial verifica-se assim um processo de transição para a parentalidade. No entanto, este processo de conhecer o RN e criar uma relação com ele mantem-se por mais tempo do que apenas as primeiras horas (Figueiredo, 2003). Este processo de transição era, anteriormente, visto como uma crise. No entanto, atualmente, considera-se que é uma transição desenvolvimentista, em que a maioria dos pais tentam estratégias de coping para lidar com a confusão e desequilíbrio que as novas tarefas e responsabilidades muitas vezes acarretam. Nesta altura dá-se a aceitação do novo papel de pais, que se torna real com a presença do RN (Meleis e Trangenstein, 1994). Esta transição não é imediata e passa por determinadas fases. De acordo com Lowdermilk e Perry (2006), este é o período desde a concepção até aos primeiros meses de vida do RN. Estes autores defendem que após o nascimento se verificam três fases: a fase dependente, dependente-independente e a independente. Estas fases vão evoluindo de acordo com os comportamentos maternos em resposta ao seu novo papel. É normal que uma primeira fase, nas primeiras 24-48h a mulher se encontre mais centrada em si, na sua experiência e costumam ser dependentes dos outros para o cuidado ao seu RN. Numa segunda fase há um enfâse muito grande no RN, nos cuidados e nas novas competências e responsabilidades. É a fase ideal para efetuar educações para a saúde, já que há muita receptividade. Numa terceira fase, verifica-se uma maior interação familiar, em que a mulher deixa os restantes membros entrarem e adquirirem as suas responsabilidades e papéis para com o RN. No internamento de obstetrícia é possível verificar as primeiras duas fases, que são, de facto, muito notórias. Ao longo do estágio foi possível verificar a fase de transição, em que a mulher já recomposta do parto e daquele momento específico pretende aprender tudo sobre o seu RN e mostra todo o interesse. É importante nesta fase avaliar situações que saiam da normalidade, em que os pais não demonstram interesse no RN nem nas suas responsabilidades. Como referido anteriormente, a falta de interesse, de toque, de contacto visual e físico são sinais de alterações a vinculação que devem ser referenciados e avaliados entre equipa multidisciplinar.

Ao longo do estágio foi possível identificar situações de desvio à adaptação normal à parentalidade, em casos de senhoras que choravam constantemente, que se sentiam incapazes de cuidar do seu RN, de dar resposta às suas necessidades, etc. Nestes casos a atuação foi a indicada anteriormente, em que se tentou compreender a situação, e dar resposta às necessidades destas mulheres. A educação para a saúde mostrou-se muito útil, já que aumentaram muito a sensação das mulheres de que eram capazes e conseguiam cuidar do seu RN. No entanto, mesmo com bons resultados, as situações foram encaminhadas para a psicóloga, de forma a que esta pudesse avaliar após a alta, a necessidade de acompanhamento que estas mulheres apresentavam.

2.3.2. *Recém-Nascido*

Relativamente ao recém-nascido, o serviço de puerpério tem extrema importância. O papel do enfermeiro distingue-se na vigilância e educação para a saúde, na demonstração e ensino prático dos cuidados ao RN e finalmente na deteção e atuação em caso de alterações, como será abordado seguidamente.

No que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido, estes eram sempre assegurados numa primeira fase, de forma a promover o ensino aos pais, sendo que nas próximas vezes eram os pais quem assegurava o cuidado aos seus RNs. No entanto, manteve-se sempre monitorização e vigilância do RN, sempre de forma a despistar possíveis alterações nestes dias de internamento. Como já abordado, uma primeira avaliação ao recém-nascido é efetuada aquando do nascimento. No entanto, nos casos de cesariana, o recém-nascido vem diretamente para o serviço de internamento de obstetrícia após o nascimento, onde aguarda a chegada da mãe, que se encontra nesta fase a recuperar da cirurgia no recobro, durante cerca de duas horas. Desta forma, os cuidados efetuados ao recém-nascido no bloco de partos quando se trata de um parto normal, eram aqui efetuados em caso de cesariana, embora uma primeira observação e

avaliação fosse sempre efetuada pelo pediatra no bloco operatório. Desta forma, cuidados como pesar, medir, medir perímetro cefálico, administração de fitomenadiona e pomada oftálmica e identificação foram aqui postos em prática. Durante este processo era novamente efetuada avaliação da vitalidade e reflexos, e dos sistemas do recém-nascido, de forma a despistar alterações. Era também, nesta fase, avaliada a glicemia capilar do recém-nascido, por protocolo. Esta avaliação pretende avaliar se o recém-nascido pode aguardar pela mãe para a primeira mamada. No caso de o recém-nascido apresentar glicemia baixa, estávamos perante o diagnóstico de risco de hipoglicemia ou mesmo hipoglicemia, pelo que era intervenção realizada, a alimentação por copo.

É considerada hipoglicemia, se a glicemia capilar do recém-nascido, avaliada através de punção plantar, se encontrar abaixo dos 40mg/dl. O diagnóstico de hipoglicemia é efetuado mediante os valores, mesmo que o RN não apresente sinais. Estes incluem hipotermia, diaforese, dificuldade de sucção, tremores, irritabilidade, letargia, cianose, palidez, entre outros. É importante estar atento a estes sinais, mesmo ao longo do internamento (CEFEN, 2002). A hipoglicemia no recém-nascido é de fato alarmante, já que habitualmente é associada a hipotermia, devido à incapacidade de regulação térmica quando o RN se encontra hipoglicémico. A actuação a ter no caso de hipoglicemia do recém-nascido é a administração de alimento. É importante verificar e monitorizar nos momentos após, e assim que possível, incentivar a amamentação. Segundo um estudo realizado, todos os lactentes com hipoglicemia assintomática reverteram após ser administrado alimento, quer leite materno ou artificial, mantendo os níveis adequados nas primeiras 24h (Best Practice, 2006).

A identificação do recém-nascido, no serviço de obstetrícia é efetuada através de pulseira identificadora e pulseira eletrónica, com sistema de segurança que ativa um alarme no caso de o RN sair do recinto de internamento. Este sistema de segurança tem como objetivo prevenir o rapto de RNs na maternidade.

Ao longo do estágio realizado no serviço de obstetrícia, foi também importante ter conhecimentos relativos ao desenvolvimento do recém-nascido de forma a poder informar e orientar os pais para as características desenvolvimentais normais e para sinais de alerta. Para tal foi necessário mobilizar conhecimentos acerca do desenvolvimento do recém-nascido e acerca das adaptações fisiológicas e comportamentais, de forma a permitir a capacidade de identificação de padrões anormais e sinais de alerta. São fornecidas informações aos pais acerca do crescimento e desenvolvimento ponderal do RN, em que é explicado que este será monitorizado nas consultas de saúde infantil e registado no Boletim de Saúde Infantil. É também explicado que uma perda de peso até 10% do peso inicial é normal, sendo que este será recuperado nas primeiras duas semanas de vida (Lowdermilk & Perry, 2006). Os reflexos do RN e desenvolvimento cognitivo são também pontos importantes que são referidos aos pais, nomeadamente o reflexo de deglutição e sucção, entre outros. No que diz respeito ao comportamento do RN e aos seus padrões de sono e vigília podemos distinguir 4 estados diferentes: sono profundo, sono leve, estado de vigília (de maior atividade) e estado de vigília calma. Estes estados variam ao longo do dia e é importante que os pais tenham esta consciência para poderem gerir o seu dia de acordo com as rotinas do seu RN (Brazelton, 1995). Outro fator importante que deve ser referido aos pais relativamente ao comportamento do RN diz respeito ao choro. O choro do RN é algo que, por norma, incomoda o instinto materno, fazendo com que a mãe sinta que deva fazer alguma coisa para o satisfazer e calar. Para tal, é importante que os pais sejam capazes de perceber o seu RN, porque é que ele chora e se há algo que possam fazer para ajudar. Um RN insatisfeito pode ter muitos motivos para chorar, visto ser esta a sua forma de expressão (Kitginger, 2005). Os pais devem perceber que, inicialmente, encontram-se numa fase de conexão com o seu RN, e que após alguns dias, vão ser capazes de começar a identificar o choro do seu filho e dar resposta a este. O choro do RN pode ter como motivo fome, sono e cansaço, desconforto (como fralda suja), dores, ou simplesmente uma forma de expressão de alguma frustração, ou assimilação de informação. É habitual um período

regular de agitação no final do dia, que faz parte do processo de adaptação do RN (Brazelton, 1995).

O internamento em obstetrícia é também fundamental para informar acerca das características, alterações e sinais de alarme do padrão de eliminação intestinal e vesical. Surgem muitas dúvidas por parte dos pais neste âmbito, já que, se não estiverem devidamente informados podem alarmar-se com alterações que são, na verdade, fisiológicas. Desta forma foi referido que a frequência urinária do RN vai aumentando ao longo dos dias, sendo que a partir do quarto dia de vida deverá urinar cerca de seis a oito vezes por dia. Relativamente ao padrão intestinal, foi informado acerca das alterações nas características das fezes (mecónio nas primeiras 24 a 48h, fezes de transição menos viscosas e esverdeadas por volta do terceiro dia e fezes de leite amareladas e mais moldadas a partir do quarto. Foi também feita referencia ao aparecimento de manchas alaranjadas na fralda (cristais de ácido úrico), que são normais nas primeiras micções, assim como algum sangue (pseudomenstruação, causada pelo desaparecimento de hormonas maternas) nas meninas. (Lowdermilk & Perry).

No que diz respeito às características e alterações da pele e mucosas, foram também informados os pais acerca de sinais normais mais comuns como o *vernix caseoso* ou o aparecimento da mancha mongólica, de forma a que haja alerta para sinais de alarme como icterícia. O aparecimento de icterícia é muito comum no internamento de obstetrícia no segundo e terceiro dia de vida. Foi importante transmitir aos pais o que é esta alteração, porque acontece e qual o tratamento e cuidados, como serão referidos mais a frente. No serviço de obstetrícia também é efetuado um rastreio auditivo ao RN, de forma a despistar alterações auditivas. Era efetuado ensino aos pais no sentido de perceberem que não é um teste de diagnóstico, mas que este seria realizado caso o rastreio auditivo seja inconclusivo. Durante os dias de internamento, para além da educação para a saúde para si e a sua própria adaptação e sobre sinais de alerta do seu RN, foi também transmitido à mãe as informações necessárias sobre os **cuidados a prestar ao RN**. Desta forma, todos os cuidados efectuados ao

RN são em presença dos pais para que se possa efetuar ensino, instrução e treino dos cuidados com os pais. Os cuidados principais que são fonte de dúvida para os pais são os cuidados de higiene e alimentação.

Relativamente aos primeiros, era demonstrado sobre a limpeza do coto umbilical, troca de fraldas, cuidados às unhas e banho geral. Durante estes era sempre aproveitada a ocasião para falar um pouco sobre produtos de higiene, cuidados às roupas e abordar os cuidados de segurança. A pele do recém-nascido é extremamente frágil, pelo que os produtos a usar devem ser adequados. Embora haja quem defende o uso só de água para o banho do recém-nascido, os produtos de higiene para RNs são adequados, hipoalergénicos e não são agressivos para a pele do RN. No entanto, mais estudos devem ser efetuados para comprovar o benefício do uso ou não de produtos durante o banho (Blume-Peytavi, [et al.] 2012). No hospital pedro hispano a limpeza ao coto umbilical é efetuada com álcool a 70°, sendo que alguns autores defendem a utilização de água neste procedimento. Uma revisão sistemática publicada pela Cochrane mostrou que o uso de álcool para antisepsia do cordão umbilical é fundamentado em países em desenvolvimento, já que previne o risco de infeção. No entanto, em países desenvolvidos, não se verifica diferença entre a morbilidade infantil associada aos cuidados do cordão umbilical quer seja utilizado álcool ou apenas água. Verificou-se também que a separação do coto umbilical é mais demorada quando é utilizado álcool nos cuidados (Imdad, [et al.] 2013). Relativamente ao banho, é ensinado no hospital o banho geral, embora haja práticas diferentes que ensinam o banho seco. O banho geral é dado ao RN pelo profissional no primeiro dia, sendo que no próximo é o pai ou mãe a realizar com supervisão. Eram ensinados alguns cuidados importantes como o posicionamento do RN, nível e temperatura da água, prevenção do risco de afogamento e queimaduras, tempo e ambiente geral durante o banho, etc. O banho ao recém-nascido é um momento de interação e intimidade entre este e os pais, pelo que deve ser calmo e agradável para todos, principalmente porque promove um bom momento de vinculação.

Quando se veste o recém-nascido após o banho, no caso de este se apresentar calmo e recetivo, é uma boa altura para demonstrar e ensinar a massagem ao recém-nascido. De forma a não ser uma sobrecarga de informação, era apenas demonstrada a massagem geral e massagem específica para prevenção e alívio das cólicas. A nível psicológico a massagem tem um grande papel já que molda o comportamento do RN aos estímulos. Estímulos táteis agradáveis criam no RN confiança e relaxamento, em vez de desconfiança do mundo e do ambiente (Sã, 2007). Tal permite uma interação com os pais e estimula a vinculação, quer por parte do RN, como dos pais, que ao realizarem massagem interagem com o seu RN, tocam-lhe, sentem-no. De acordo com Glover, Onozawa, & Hodgkinson (2003), a massagem pode mesmo ser benéfica na prevenção da depressão pós-parto, já que um estudo realizado mostrou que mães que apresentavam depressão pós-parto e que frequentaram um curso de massagem demonstraram melhoria significativa comparativamente a outras mulheres que não frequentaram o curso.

Relativamente à massagem direccionada para a prevenção de cólica, esta era também ensinada aos pais de forma a que estes se sentissem capazes de lidar com a situação no caso de o seu RN ter cólicas. A cólica no recém-nascido pode ser prevenida com uma amamentação correcta, com uma boa pega e bom posicionamento do RN. De qualquer forma há sempre risco de deglutição de ar durante a alimentação, com a utilização da chupeta ou sucção nos dedos. A massagem mostra-se eficaz já que ajuda na expulsão do ar em excesso. Outra técnica ensinada aos pais neste sentido foi a colocação do RN a eructar; eram demonstradas diferentes posições e explicado aos pais o que fazer em caso de o RN bolçar, mantendo-o imediatamente de lado.

O posicionamento do RN foi também ensinado aos pais, principalmente para dormir, sendo que esta constitui uma dúvida frequente. O posicionamento recomendado é a posição supina, para prevenção do síndrome de morte súbita. No entanto, mais importante do que o posicionamento, é a não utilização de almofadas ou modos de contenção de movimentos do RN, nem de sobreaquecimento do RN, já que tal aumenta

muito a probabilidade desta fatalidade, que, embora muito pouco comum, ainda acontece (Rossato, 2012).

Além da administração de duas vacinas (a vacina da Hepatite B e da BCG, segundo o plano nacional de vacinação), também o teste de diagnóstico precoce é realizado no internamento de obstetrícia caso o RN ainda se encontre lá, já que este deve ser realizado entre o 3º e 6º dia de vida. Este teste pretende despistar várias e diferentes doenças hereditárias metabólicas, permitindo um encaminhamento adequado no caso se suspeição de patologia. Os pais, habitualmente, já estão familiarizados com este teste, mas deve sempre ser explicado. Para a realização de punções venosas ou capilares, era utilizada analgesia com administração de glucose oral, pretendendo diminuir a sensação dolorosa sentida pelo recém-nascido. Segundo a OMS, esta técnica produz efeitos positivos, já que é eficaz na diminuição da dor sentida pelos recém-nascidos; demonstra-se uma redução do choro dos RNs em intensidade e tempo de duração, após a administração de pequenas dosagens de glucose (0,5ml de glucose a 12%). Por outro lado, mais estudos são necessários para compreender os efeitos a longo prazo das administrações sucessivas de glucose (Stevens [et al.], 2013).

Para além da informação dada, cuidados e educação para a saúde, é importante também o papel do enfermeiro no caso de **alterações do recém-nascido**. Sendo este um momento de grande tensão e mudança para os pais, qualquer situação anormal é fonte de ansiedade e preocupação. O papel do enfermeiro nestas situações é crucial, quer se verifique um internamento em neonatologia ou não. Durante o internamento verificaram-se alguns casos de internamento do recém-nascido em neonatologia, sendo que a mãe estava internada em obstetrícia. Era importante facilitar as visitas à neonatologia, incentivar a amamentação ou extração de leite para administração por copo e promover o máximo de contacto com o seu RN, dada a situação. Os casos referidos foram de casos de prematuridade, pelo que não se verificou nenhum caso mais complicado.

Verificaram-se algumas situações de recém-nascidos com dilatação pielocalcial, com pé boto e vários casos de icterícia neonatal. É fundamental explicar aos pais em que consistem as diferentes situações e quais os cuidados a ter. As malformações do trato urinário correspondem a aproximadamente um terço do total das anomalias estruturais diagnosticáveis durante o pré-natal e muitas das não complicadas são tratadas no pós-parto (Peralta, [et al.] 2009). Os casos referidos que surgiram em estágio foram tratados com profilaxia antibiótica, tendo tido alta posteriormente com marcação de consulta para acompanhamento.

Nas situações em que os recém-nascidos apresentavam icterícia, era importante explicar aos pais em que consiste esta situação. A icterícia caracteriza-se por um aumento da concentração de bilirrubina no sangue, sendo que a não prevenção e atuação pode resultar em morbilidade ou mortalidade do recém-nascido. Tem uma taxa de incidência altíssima (até 60% dos recém-nascidos), pelo que a sua deteção é fundamental (INSTITUTE-OF-HEALTH-ECOMONICS, 2013). Dado que o principal sintoma é a coloração amarela da pele e mucosas, a observação do RN é fundamental para este despiste, podendo também realizar-se um pequeno teste: exercendo uma ligeira pressão no tecido e aliviando logo de seguida, é possível perceber se a coloração amarela desaparece momentaneamente ou não. No Hospital, foi possível a realização de testes transcutâneos para despiste de hiperbilirrubinémia, quando surgia suspeita. Nestes casos, era utilizado assim um pequeno aparelho para confirmação. Este teste é fiável e não traz nenhuma contra-indicação, mas deve sempre ser confirmado através de teste sanguíneo quando os níveis sejam limite ou quando se confirme um alto nível, de forma a ter dados precisos para comparação após tratamento. Os níveis de bilirrubina tornam-se anormais e começa a ser visível uma coloração amarela que se inicia pela cabeça quando são superiores a 4 mg/dl. Caso, assim, se confirme o diagnóstico de icterícia, o pediatra define o tipo de tratamento, que é habitualmente fototerapia intensiva ou simples, dependendo dos níveis de bilirrubina. A fototerapia consiste num tratamento caracterizado pela emissão de feixes de luz que são capazes de modificar a estrutura molecular da bilirrubina, tornando

possível a sua eliminação. Embora o tratamento não seja invasivo e seja relativamente simples, era importante explicar aos pais tudo sobre os cuidados a ter (RN em fralda, com utilização dos óculos de proteção, sem qualquer creme na pele). Tendo os pais consciência da situação e do processo de tratamento, é mais provável que não se sintam tão ansiosos e mais com controle da situação. Durante o tempo de tratamento, o RN era sempre mantido ao pé da mãe, até terem alta clínica.

2.3.3. *Amamentação*

De acordo com Maria Pereira (2006), o sucesso da amamentação está muito dependente das atitudes dos profissionais de saúde, já que estes são responsáveis pela educação para a saúde em momentos cruciais para que se dê uma amamentação eficaz. Para efetuar a promoção e apoio do aleitamento materno ao longo do estágio foi fundamental a compreensão do processo de lactação, quais os cuidados importantes para uma amamentação eficaz, assim como ter noção de mitos e crenças associados à amamentação, de forma a informar adequada e individualmente. É importante que a mulher compreenda a anatomia e fisiologia do processo de lactação. Para tal foi efetuada educação para a saúde utilizando posters disponíveis no serviço, assim como um livro de apoio à amamentação que se encontra disponível em todos os quartos do serviço. Estes permitem uma visualização esquemática da anatomia da mama e da lactogénese (produção de leite). Durante o estágio, muitas mulheres que apresentavam a mama pequena, referiram sentir dúvidas quanto à sua capacidade de amamentar; é importante que a mulher compreenda que o tamanho da mama não está relacionado com a capacidade de produção e ejeção de leite, já que a mama é constituída por tecido conjuntivo e adiposo, para além dos alvéolos onde se dá a produção do leite (Pereira, 2006). A lactogénese é também explicada à mulher, para que ela compreenda que o reflexo de produção de prolactina só é possível com a sucção efetuada pelo RN, que induz a estimulação e produção hormonal. Quanto mais sucção, mais produção de leite se dá. (Pereira, 2006). As vantagens da amamentação e composição do leite materno são também referidas à

mulher, no sentido de incentivar a amamentação exclusiva, já que é frequente que a mulher não sinta que o colostro é suficiente para alimentar o seu filho(a), ou que o leite não é “bom ou suficiente”, ou que o RN precise de água suplementar, entre outros. Por isto, foi importante explicar o que é o colostro, a sua composição (mais rico em proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais, imunoglobulinas, fatores protetores e anticorpos) e que este está bem adaptado às necessidades do RN e que é rico em fatores de crescimento fundamentais para a preparação gastrointestinal do RN para receber o leite posteriormente (Dulce Galvão, 2006). Durante o internamento em obstetrícia são efetuadas as primeiras mamadas do RN, pelo que estes são momentos ótimos para efetuar educação para a saúde relativa à pega correta e à frequência e duração das mamadas, já que para além do ensinar, é possível instruir e treinar com as mulheres, pelo que a assimilação da informação se torna mais fácil. Muitas mulheres, principalmente primigestas, não têm informações acerca da pega correta e quando têm (da preparação para o parto), têm dúvidas quando colocam em prática os conhecimentos prévios. Por isto, foi importante acompanhar, supervisionar e assistir na amamentação. De acordo com Fraser & Cooper (2009), nas primeiras horas após o parto a mãe pode amamentar deitada, sendo que é importante que os profissionais ajudem a posicionar o RN (deve ficar a seu lado com o corpo encostado ao da mãe e com a cara em frente à mama da mãe) e aproveitem para informar acerca da pega correta: RN deve ficar com a boca bem aberta de forma a abranger a maior parte da aréola e não só o mamilo, deve ficar com as bochechas cheias, com o queixo encostado à mama e as narinas livres para respirar livremente (Pereira, 2006). Outra dúvida frequente das puérperas relacionava-se com a frequência e duração das mamadas, sendo que muitas creem ser necessário amamentar de 3 em 3 horas. Foi referido que se deve cumprir a livre demanda, em que o RN é quem decide quando deve mamar e quais os intervalos. No entanto, foi importante referir que inicialmente a frequência pode ser menor, pelo que pode ser necessário acordar e estimular o RN a mamar e a partir do 3º dia de vida, é natural que o RN queira alimentar-se com uma frequência de cerca de oito mamadas em cada 24h (Fraser, et al.,

2009). A duração da mamada é igualmente relativa, sendo que em média o RN mama cerca de 30 a 40min, podendo optar por dar uma só ou 20min em cada mama. No entanto é importante a alternância da mama quando esta estiver vazia, de forma a estimular a produção de mais leite (Pereira, 2006).

A vigilância da mama também foi sempre efetuada, não só para despistar algum tipo de complicações durante os dias de internamento, mas também para classificar o tipo de mama e mamilo, de forma a adequar a informação dada; uma mulher com mamilo raso, ou invertido pode necessitar de ajuda para o RN efetuar uma boa pega.

Os cuidados que a mulher deve ter também são referidos no internamento, nomeadamente a dieta e cuidados alimentares, que deve manter como indicado durante a gravidez, a importância da ingestão hídrica, já que é despendida muita água na amamentação, e a importância dos cuidados de higiene de forma a prevenir complicações (colocar uma gota de colostro/leite no mamilo e areola após a mamada e deixar secar, não utilizar produtos de higiene nos mamilos para não secar a pele e lavar só com água todos os dias, utilizar discos de amamentação nos intervalos das mamadas para prevenir que o mamilo fique húmido e macerado) (Pereira, 2006).

No internamento de obstetrícia foram, por norma, dadas informações acerca da expressão manual de leite, para que a mulher esteja preparada, caso necessite de esvaziar a mama quando se der a produção de leite após a alta, sendo que este é o momento onde surgiram a maioria das dúvidas. Posteriormente as mulheres poderiam também utilizar bombas elétricas ou manuais. Durante o internamento no pós-parto as situações em que a bomba elétrica é utilizada são aquelas em que os recém-nascidos ficam na neonatologia e, portanto, as mães fazem estimulação com bomba e extração de colostro para ser dado ao seu filho(a).

Muitos pais também questionam acerca da utilização de chupetas, pelo que foi importante frisar que a opção de utilizar ou não chupeta é dos pais, mas que de acordo com a OMS, os RNs não devem utilizar chupetas ou

tetinas até a amamentação estar bem estabelecida e eficaz (Lowdermilk e Perry 2006).

De grande importância foi também informar relativamente às complicações que podem decorrer do processo de amamentação. Descrever este processo como algo simples não é o mais adequado, já que quando a mulher se depara com alguma dificuldade ou complicação sente que as suas expectativas não estão de acordo com a realidade, o que pode incentivar o abandono da amamentação exclusiva. Por isso é importante, mesmo que não se verifique nenhuma complicação no internamento de obstetrícia, abordar algumas das diferentes dificuldades de forma natural, sem necessidade de ser muito descritiva. Após a alta, as mulheres têm acesso à linha da amamentação do Hospital Pedro Hispano e também à sua enfermeira no centro de saúde para continuar a dar apoio individualizado e adequado à situação específica.

As dificuldades mais comuns que podem surgir são o ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos ou fissuras, obstrução dos ductos. O ingurgitamento mamário caracteriza-se por um esvaziamento mamário pouco eficaz, na altura da descida do leite. Dá-se congestão vascular e edema relacionado com a acumulação de leite nos ductos e obstrução da drenagem linfática e as mamas ficam vermelhas, edemaciadas e tensas (Lowdermilk e Perry 2006). Nestas situações foi explicado às mulheres que é importante que o RN mame com frequência para evitar o edema e que deve mamar até ao fim em cada mama (se necessário pode retirar-se o leite com bomba, após a mamada do RN). Este esvaziamento é importante para que se produza leite novo e não haja congestão e obstrução. Pode também usar-se compressas quentes antes da mamada e frias após, para ajudar a libertar o leite e diminuir edema e dor, respetivamente. Os mamilos dolorosos ou fissuras são também muito comuns e dolorosos, e caracterizam-se por dor intensa no mamilo e sensibilidade extrema, que pode evoluir para fissuras, que são normalmente causadas por uma má pega do RN. Uma tensão ligeira é normal, devido à sucção que o RN faz para mamar, mas se a pega não for adequada, esta sucção vai ser exercida de forma incorreta e mal distribuída, o que provoca dor. (Lowdermilk e Perry,

2006). A importância de uma boa pega já foi referida, assim como os cuidados a ter. De forma a prevenir fissuras ou dor, deve-se efetuar uma boa pega, ter bons cuidados de higiene, utilizar a técnica da colocação de gota de leite no mamilo e se, necessário, aplicar alguma pomada.

2.3.4. *O Regresso a Casa*

Quando se prepara a mulher e família para a alta, é o momento para completar qualquer informação que esteja em falta e fornecer informações necessárias para os dias que se seguem. A recuperação total da mulher após o parto é um processo demorado embora o retorno à atividade normal possa ser efetuado de imediato (no caso de não se verificarem complicações). O processo de adaptação é não só físico, como psicológico para a família, sendo que esta vai aprender a viver com a chegada do novo membro. É importante neste período que não haja uma sobrecarga de trabalho para a mulher, pelo que se aconselha repouso e poucas visitas. A mulher está apta para voltar a fazer exercício e reabilitação logo após a alta, mas deve manter alguns cuidados, como relativos a alimentação, cuidados perineais, etc. (Lowdermilk e Perry, 2006). E, por isso, reforçada a educação para a saúde relativamente à higiene e cuidados de conforto, assim como às vigilâncias inerentes (lóquios, feridas cirúrgicas, etc.). Relativamente aos cuidados de conforto, habitualmente a mulher leva uma prescrição de paracetamol para os primeiros dias e é também dada informação sobre cuidados a hemorroides (no caso de se verificar) e à zona perineal. O uso de cinta foi também aconselhado caso a mulher o pretenda, para ajudar na recuperação muscular a nível abdominal.

Um encaminhamento da mulher era sempre efetuado para que esta pudesse continuar a ser vigiada, assim como o seu RN. Para tal, é necessário um conhecimento das suas necessidades e da sua família. Era, portanto ser efetuada uma orientação da puérpera e fornecimento de todas as informações relativas aos apoios e vigilâncias na comunidade para si e para o RN. De acordo com Lowdermilk & Perry (2006), é fundamental que na alta hospitalar seja efetuada a ponte com os cuidados comunitários e as

famílias devem ser encorajadas a marcar as consultas e efectuarem contactos para que não haja risco de a família não ter os cuidados devidos.

Desta forma, era incentivado o contato com o centro de saúde para marcação da consulta de revisão puerperal (efetuada pelo enfermeiro do seu centro de saúde cerca de 1 mês após o parto) e da importância desta na vigilância puerperal, no apoio à amamentação, etc. Era também reforçado que existe o apoio à amamentação quer no centro de saúde, quer na comunidade através dos cantinhos de amamentação, quer no hospital, através da linha verde e também do cantinho de amamentação. A linha de apoio à amamentação - linha verde SOS amamentação - no serviço de puerpério do Hospital, permite um contacto 24h/dia, para esclarecimento de dúvidas e apoio na amamentação por um enfermeiro do serviço de obstetria, que poderá dar resposta. Quando necessário, a puérpera é assistida telefonicamente, mas encaminhada para o cantinho de amamentação do hospital, para observação da mamada e ensinamentos mais individualizados. Ao longo do estágio tive oportunidade de observar muitos destes atendimentos telefónicos e observar o projeto, assim como as informações reunidas e pude também perceber que se verificam muitas desistências de amamentar pouco após a alta hospitalar, pelo que a importância do acompanhamento e educação para a saúde é cada vez mais reforçada neste serviço.

As famílias foram também informadas sobre os recursos disponíveis para o recém-nascido, nomeadamente acerca da importância da marcação de consulta para realização do teste de diagnóstico precoce e das consultas de saúde infantil em que o crescimento do RN é monitorizado e vigiado, assim como o plano nacional de vacinação cumprido.

Desta forma, quando necessário foi fornecido ou estabelecido o contacto com o centro de saúde/unidade de saúde familiar para o esclarecimento de dúvidas, marcação de consultas, estabelecer contacto com enfermeiro de família, etc.

Outras informações fornecidas relativas aos recursos disponíveis relacionam-se com a legislação relativa ao registo do recém-nascido, que pode ser efetuado no hospital e informação relativa aos direitos parentais.

De acordo com a legislação atual “é concedido até 120 ou 150 dias seguidos, de acordo com opção do pai e da mãe.”

O encaminhamento para a assistente social foi importante, quando necessário, sendo quando existam necessidades de apoio. Nos casos que surgiram ao longo do estágio, este encaminhamento foi efetuado durante o internamento sendo que a assistente social faz o encaminhamento pós-alta, para um seguimento e apoio da família.

Um ponto de interesse da mulher, que habitualmente é abordado mais tarde, durante as consultas de vigilância, diz respeito à sexualidade. Pode ser falado no momento da alta das recomendações gerais, deixando sempre a possibilidade à mulher de contactar o seu enfermeiro de família ou o hospital para esclarecer quaisquer dúvidas. O parto tem implicações na sexualidade da mulher e do casal e, durante o pós-parto, o casal tem de descobrir como retomar a sua vida sexual. De forma geral existem determinados fatores responsáveis pelas principais alterações da sexualidade no pós-parto. De acordo com Forbela Bia (2010) existem factores físicos e psicológicos. Relativamente aos factores físicos temos: as alterações do pavimento pélvico, em que devido ao trabalho de parto há modificações dos músculos e tecidos que levam algum tempo a recuperar; alterações hormonais, como o défice de estrogénio e progesterona e o aumento de prolactina que são factores de redução da resposta sexual na mulher no pós-parto; alterações do sistema neuronal, sendo que o sistema límbico é responsável pelas emoções e respostas sexuais. No que diz respeito às alterações psicológicas, temos o estado mais depressivo característico desta fase, em que a mulher tem uma diminuição da libido acentuada devido às alterações de humor.

A altura recomendada para retomar a atividade sexual é por volta das seis semanas pós-parto, já que nesta fase já não existe risco de infeção nem hemorragia. Este tempo dá também oportunidade de a mulher se recuperar física e psicologicamente, já que nesta altura o RN requer muito tempo e atenção. No entanto, a atitude e perspetiva da mulher pode ser influenciada por vários fatores nesta altura e é fundamental perceber-los e incentivá-la a falar disso com um profissional de saúde, para que este possa

desmistificar e esclarecer as suas dúvidas, e com o seu companheiro, para que a relação não seja penalizada (Salim, Araújo e Gualda, 2010).

Outra informação fornecida à mulher, principalmente na preparação para a alta prende-se com a escolha dos métodos contraceptivos indicados para o período pós-parto. Estes devem ser de acordo com a situação e opção do casal e indicados pelo médico e enfermeira de forma a serem os mais indicados para a situação. Quando a mulher pretende amamentar, o mais usual é a utilização de uma pílula progestativa que é iniciada um mês após o parto. Esta pílula não interfere com a amamentação, já que a progesterona não interfere com o ciclo hormonal inerente à amamentação.

3. A ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS COMO ESTRATÉGIA PARA ACCELERAR O TRABALHO DE PARTO: QUE PERTINÊNCIA?

O estágio realizado, assim como este relatório, permitiu uma reflexão profunda de todas as intervenções do EEESMO, permitindo uma busca de evidência que defenda estas mesmas intervenções; evidencia esta fundamental para que a atuação do EEESMO seja a mais atualizada e adequada. Desta forma, foi possível perceber que determinadas intervenções são efetuadas de forma rotineira, tendo sido levantada a questão da sua pertinência, adequação, assim como os seus riscos. Uma destas intervenções é a prática de rotura artificial de membranas (RAM) ou amniotomia. Dada a frequência da realização desta intervenção, foi efetuada uma revisão da literatura para compreender melhor se esta pode acelerar o trabalho de parto, quais os benefícios desta intervenção durante o TP, assim como os riscos associados.

Foram selecionados alguns estudos para a realização desta revisão, tendo sido detetada uma falta de informação atualizada e bem fundamentada, no que diz respeito à prática de amniotomia. Independentemente desta dificuldade, foi realizada esta revisão, que demonstra que a amniotomia é uma prática que pode trazer vantagens, mas que não deve ser utilizada rotineiramente, sem indicação específica, já que pode ter riscos associados.

Como implicação para a PBE, esta revisão de literatura ajuda a compreender a necessidade da realização de mais estudos, para melhor fundamentar a utilização desta técnica.

3.1. Introdução

A realização de amniotomia é uma prática muito comum durante o trabalho de parto (Smyth, Alldred e Markham, 2008). Este método pode diminuir o tempo de trabalho de parto e permitir uma indução do mesmo, segundo estudos realizados (Barrett, [et al.] 1992; Fraser, [et al.] 2002). Este acelerar do TP parece ser de consenso geral, embora o mecanismo através do qual se dá o acelerar do TP, reste ainda por descobrir claramente (Smyth, Alldred e Markham, 2008).

A amniotomia é aceite como método para acelerar o TP, quando este se torna estacionário ou muito demorado. O método de amniotomia é caracterizado pela introdução de um pequeno gancho, para aplicar na bolsa amniótica, rompendo as duas membranas e permitindo ao líquido amniótico de sair. (Oberg, 2010). No entanto, esta prática tem-se tornado tão comum, que a decisão de efetuar uma amniotomia é tomada muito levemente.

Alguns autores acreditam que o líquido amniótico contém prostaglandinas e que a sua rotura ajuda no desenrolar do TP, já que liberta estas prostaglandinas endógenas e promove a dilatação do colo uterino (Bricker e Lucas, 2012). No entanto não há consenso sobre as funções exatas deste líquido no processo do TP, nem da importância do seu papel. No entanto é manipulado de forma exagerada, sem respeito por esta importância, ainda muito desconhecida. (Oberg, 2010) e (Smyth, Alldred e Markham, 2008).

Esta técnica apresenta vantagens em determinadas situações: está comprovado que um parto muito demorado pode acarretar morbilidade materna e fetal, pelo que muitas vezes é necessário a utilização de métodos que permitam acelerar o processo. Neste sentido temos a amniotomia como um método útil e benéfico (Smyth, Alldred e Markham, 2008). Para além deste principal motivo do seu uso, o acelerar do TP, a RAM permite a observação do líquido amniótico, o que nos fornece dados sobre o bem-estar fetal. (Oberg, 2010) No entanto, autores defendem que

este conhecimento não traz vantagens para a actuação do profissional, já que só aumenta a ansiedade deste, e que também está demonstrado que o risco de aspiração de mecónio não está, na maioria dos casos, relacionado com a presença de mecónio no LA (Cohain, 2013). A RAM permite também a aplicação de eléktrodo para utilização de métodos de monitorização fetal continua.

Apesar de existirem, como referido, vantagens no uso da amniotomia, existem também riscos, sendo os principais o prolapso de cordão umbilical, compressão do cordão, aumento do risco de infeção materna e fetal, risco do bem-estar fetal, hemorragias causadas pelo cato de amniotomia (Busowski cit por Smyth, Alldred e Markham, 2008).

Em 2000 foi publicado por Fraser uma revisão sistemática que concluiu que a amniotomia pode sim, ter benefícios, quando indicada, mas que, dado os riscos associados, devia só ser utilizada em casos justificáveis (Bricker e Lucas, 2012). No entanto, por a amniotomia ser conhecida como um método não dispendioso, seguro e tradicional, foi um pouco negligenciada no que diz respeito a pesquisa e investigação científica (Macones, [et al.], 2012).

3.2. Método

A prática baseada na evidência é fundamental para uma boa prestação de cuidados. É uma forma de solucionar um problema, auxiliando na tomada de decisão, através da utilização da melhor evidência sobre o tema específico. Para tal, é definida a questão de partida, é efetuada uma busca pela literatura e seguida avaliação crítica desta mesma literatura. Para efetuar esta avaliação de revisão, podemos recorrer a diferentes abordagens para produção dos métodos de revisão (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Uma destas abordagens é a revisão de literatura; esta é uma técnica muito utilizada pela PBE, que consiste numa revisão de documentação que permite incorporar evidências para a prática clínica, através da reunião e

síntese de resultados de várias pesquisas sobre determinado tema, de maneira sistemática, apresentando resultados que podem contribuir para a prática (Whittemore e Kanfl, 2005; Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Este método de pesquisa permite a inclusão de diferentes estudos, o que permite uma pesquisa e inclusão mais alargada, para compreender determinado fenómeno na sua totalidade. O objetivo da revisão de literatura também pode ser complexo, já que permite definir conceitos, rever teorias e evidencia, de diferentes artigos. No entanto, esta última pode ser apresentada como desvantagem, já que pode aumentar o risco de erro (Whittemore e Knafl, 2005).

Para a realização da pesquisa em questão, este foi o método utilizado - revisão da literatura, para permitir uma pesquisa alargada sobre o tema da amniotomia e também a inclusão de diferentes artigos a analisar. Posto o acima referido, foi assim elaborada uma questão de partida, para facilitar a pesquisa da literatura, sendo esta: **Que pertinência e implicações tem a Amniotomia na indução / para a aceleração do trabalho de parto?**

As palavras utilizadas para a pesquisa efetuada foram “amniotomy AND labour” ou “artificial membrane rupture AND labour”, em inglês e português, sendo efetuada uma busca específica depois. Clarificada a questão e as palavras necessárias, segundo CRAIG & SMYTH (2004), o próximo passo é a procura de revisões sistemáticas acerca do mesmo tema, sendo a “Cochrane Library” o melhor sítio para o fazer.

Após a pesquisa das revisões sistemáticas existentes, a pesquisa passou a ser focada em artigos de periódicos, com estudos randomizados controlados que pudessem dar resposta a esta questão específica. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: PubMed/MedLine, CINAHL e Ebsco. Sendo a Ebsco uma base de dados de acesso limitado, a pesquisa nesta base de dados foi efectuada apenas através da rede de internet da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Após a referida busca foram encontrados vários artigos; no entanto foi necessária uma seleção minuciosa, já que o pretendido com esta revisão é de compreender a implicação da amniotomia no trabalho de parto, compreendendo determinados resultados desta técnica.

O principal resultado que se pretende avaliar com esta revisão é a **eficácia da técnica de amniotomia na indução/acelerar do trabalho de parto**. Porém, também é pretendido compreender a participação da amniotomia em determinadas complicações, referidas pela bibliografia existente como os riscos que a amniotomia apresenta, sendo estes: **prolapso do cordão umbilical, infeção por EGB, cesariana**, alteração do score de **Apgar**. Desta forma, a análise dos artigos seleccionados é no sentido de retirar toda a informação relativa aos resultados pretendidos.

3.3. Resultados

Foram encontrados vários estudos, que foram seleccionados para posterior análise e selecção final. Como referido palavras chave utilizadas foram amniotomia, rotura artificial de membranas e trabalho de parto. Com esta pesquisa foram encontrados vários artigos. No entanto, foram aplicados alguns critérios de exclusão; foram excluídos artigos anteriores a 2005, já que se pretende informações recentes; também foram excluídos todos os artigos que comparassem a utilização da amniotomia com outra técnica. Verificou-se a existencia de vários artigos que comparam a utilização de amniotomia ao uso de ocitocina, mas não é esta comparação que se pretende. O objetivo é a análise da amniotomia isoladamente, percebendo a sua eficácia e riscos, de forma a contribuir para a actuação do EEESMO.

Os artigos seleccionados correspondem a estes critérios, após o qual foi efectuada uma análise que se baseou na resposta dada pelos estudos à questão efectuada e qualidade geral dos mesmos. De forma a perceber rapidamente a qualidade dos estudos, foi verificado o design do estudo, a data de realização do estudo e quantidade da amostra utilizada. Estes fatores foram suficientes para efectuar uma selecção que reduziu o número de artigos pesquisados a onze, incluindo duas revisões sistemáticas e oito

estudos randomizados e um estudo comparativo. Percebeu-se com esta seleção a lacuna existente de revisões sistemáticas neste tema específico.

Seguidamente são apresentados os artigos de forma esquemática, através de uma tabela, de forma a facilitar a consulta e compreensão dos mesmos.

Autor	Título (Local e Data)	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível evidência
George A. Macones; Alison Cahill; David Stamilio; Anthony Odibo	The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial (Washington, 2012)	Perceber se a utilização da amniotomia precoce (≤ 4 cm de dilatação) acelera a indução do trabalho de parto	Tipo de Estudo: estudo randomizado controlado Amostra: Definida representativa constituída num momento comum: 585 mulheres, tendo sido realizada amniotomia antes de 4cm de dilatação a 292 mulheres.	Os resultados apresentados demonstram um encurtamento em 2h do tempo total de trabalho de parto, após a aplicação do método de indução (sendo a amniotomia precoce ou tardia) - diferença observável no primeiro período de TP.	O estudo apresentado conclui uma redução do trabalho de parto em 2h, o que aumenta a satisfação da mulher. No primeiro grupo (amniotomia precoce), foi possível verificar um aumento dos casos de febre durante o TP. (embora os resultados não fossem estatisticamente relevantes).	Grau de evidência II (Hockenberry [et al.] 2006)
M. AJADI; O. KUTI; E. ORJI; S. OGUNNIYI; S. SULE	The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy (Nigeria 2006)	Determinar o efeito da amniotomia no desenrolar do trabalho de parto, em gravidez normal	Tipo de Estudo: Estudo controlado randomizado prospectivo Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 128 mulheres em trabalho de parto, sem complicações associadas, entre 37 e 41 semanas de gravidez, sendo que em 64 foi realizada amniotomia e outras 64 não.	Verificou-se uma diminuição do primeiro período de trabalho de parto em 82min ($p \leq 0.05$). Do grupo em que foi realizada amniotomia comparativamente ao de controlo. Não se verificou diferença no segundo estágio de TP e não se verificaram diferenças entre os casos de cesariana, necessidade de indução com ocitocina por TP estacionário, número de parto instrumentado, scores de Apgar.	Conclui-se com este estudo, que a prática de amniotomia reduz significativamente o tempo do primeiro estágio do TP, não demonstrando quaisquer riscos de aumento de taxa de cesariana, morbilidade materno-infantil ou outros.	Grau de evidência II (Hockenberry [et al.] 2006)

SMYTH RMD; ALLDRED SK; MARKHAM C	Amniotomy alone for shortening spontaneous labour (Review) (Liverpool, UK, 2008)	Determinar a efetividade e segurança da realização da amniotomia (só, sem recorrer a outros métodos de indução) em TP espontâneo ou prolongado	Tipo de Estudo: Systematic Review by Cochrane Amostra: Foram incluídos 14 estudos randomizados, incluindo, no total, 4893 mulheres. Instrumento de colheita de dados: Pesquisa na Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register	Percebe-se uma redução de partos disfuncionais, com o uso de amniotomia, baseado em apenas dois estudos. O tempo do primeiro período de TP não sofre alterações com a amniotomia, mas deve-se considerar que a amniotomia não é realizada no mesmo momento nos diferentes estudos. Verifica-se uma ligeira diferença no segundo estádio, sendo este mais rápido no grupo das primíparas sujeitas a amniotomia. Embora estatisticamente não relevante verifica-se uma aumento do número de cesariana e de Apgar abaixo de sete ao quinto min. Nos grupos em que é realizada amniotomia.	Esta revisão conclui que, embora se verifique uma inclinação para o aumento do número de cesarianas no grupo em que se realiza amniotomia, esta não é estatisticamente relevante. Uma redução do 2º período de TP em primíparas também se deve salientar, mas não suficiente para recomendar esta técnica de forma rotineira para acelerar o TP. Conclui- se que novos estudos alargados randomizados devem ser efetuados para poderem fornecer recomendações apropriadas.	Grau de evidência I (Hockenberry [et al.] 2006)
MB BELLAD; PATIL KAMAL; PATIL RAJESHWARL	Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial (India, 2010)	O objetivo é de estudar a efetividade da amniotomia para a redução do TP em primíparas	Tipo de Estudo: Estudo controlado randomizado prospetivo Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 200 mulheres em trabalho de parto, primíparas sem complicações associadas, sendo que em 100 foi realizada amniotomia e outras 100 não.	Verifica-se uma diferença do primeiro estágio de trabalho de parto, estatisticamente relevante de 21min. Não se verificam diferenças no que diz respeito ao tipo de trabalho de parto ou score de Apgar.	Conclui-se que a utilização da técnica de amniotomia pode reduzir ligeiramente a duração do trabalho de parto, sem complicações associadas ao tipo de parto ou ao bem-estar do recém-nascido.	Grau de evidência II (Hockenberry [et al.] 2006)

AISHA ABDULLAH, SADIA SABOOHI; UZMA HASHAMI	Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae (Karachi, 2010)	Comparar a eficácia da técnica de amniotomia, relativamente a rupture de espontânea de membranas, no progresso do TP tipo de parto e bem-estar fetal.	Tipo de Estudo: Estudo controlado randomizado comparativo Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 200 mulheres em trabalho de parto, primíparas com no mínimo, 4cm de dilatação, com apresentação cefálica e sem complicações associadas.	Verificou-se uma duração média do TP de 6.66 no grupo A e de 7,60 no grupo B, o que traduz uma diferença de 1h entre os dois. Não se verifica diferença estatisticamente importante nem na taxa de cesariana, nem no score de Apgar ao 5 minuto.	Conclui-se que a utilização da amniotomia pode reduzir o tempo de trabalho de parto, sem apresentar riscos para o recém-nascido, nem de aumento da taxa de cesariana.	Grau de evidência II (Hockenberry [et al.] 2006)
N. MIKKI; L. WICK; N. ABU-ASAB; NN ABU-RMEILEH	A trial of amniotomy in a Palestinian Hospital (Palestina, 2007)	Comparar as diferenças relativas a duração do TP, intervenção intra-parto e riscos materno- fetais entre a utilização ou não de amniotomia.	Tipo de Estudo: Estudo controlado randomizado Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 533 primíparas e 157 múltiparas participaram em grupos separados, sendo que cada grupo foi dividido em 2: grupo de controlo e grupo de intervenção.	Verifica-se atraso no decorrer do 1º período do TP dos grupos de controlo, comparativamente aos grupos de intervenção. O uso de amniotomia diminuiu o tempo de TP de 58 e 85min, em primíparas e múltiparas respetivamente, sem acarretar riscos, nem para a mulher nem para o RN. Há também um maior número de cesarianas nos grupos de controlo. Não se verifica diferenças em complicações observadas (score apgar, partos distócicos, admissão neonatal, hemorragia postpartum, febre.	Conclui-se que o uso de amniotomia pode reduzir o tempo de TP em primíparas e múltipara, sem apresentar riscos significativos relativamente a outras técnicas. O maior número de cesarianas no grupo de controlo é um resultado pouco específico, já que no grupo de controlo se recorreu mais ao uso de ocitocina.	Grau de evidência II (Hockenberry [et al.] 2006)

BRICKER L; LUCKAS M	Amniotomy alone for induction of labour (Review) (Liverpool, UK 2012)	Determinar a eficácia da amniotomia para a indução do TP	Tipo de estudo: Revisão sistemática da literatura Amostra: Foram incluídos dois estudos randomizados, após uma seleção minuciosa, incluindo 310 mulheres no total. O estudo efetuado compara a utilização de amniotomia para indução do TP, comparativamente a placebo ou não tratamento. As variáveis medidas foram várias, entre as quais: tempo de TP, hiperestimulação uterina ou alterações da FCF; cesariana; morbilidade materna ou do RN; satisfação materna.	Os dois estudos analisados não demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes métodos de indução. Não se verificam diferenças, tendo as variáveis referidas como referência, entre o uso de amniotomia ou não intervenção. Dados apontam que entre a realização de amniotomia ou utilização de prostaglandinas, a única diferença estatisticamente relevante é que no primeiro grupo, houve mais casos que necessitaram de uso de ocitocina para avançar o TP.	Não podem ser retiradas conclusões específicas relativamente ao uso de amniotomia através desta revisão. Embora esta técnica seja muito utilizada em todo o mundo, percebe- se com esta revisão que há muito pouca informação sobre este procedimento. O único dado relevante estatisticamente é o fato de o grupo em que foi realizada amniotomia ter registado mais uso de ocitocina, comparativamente a um grupo em que se usou prostaglandinas para indução.	Grau de evidência de I (Hockenberry [et al.] 2006)
NOREEN MAJEED; SHAMSA TARIQ	Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae (Paquistão, 2013)	Verificar se a utilização da amniotomia pode diminuir o tempo de TP em múltiparas e diferenças causadas no score de Apgar	Tipo de Estudo: Estudo randomizado intervencional Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 100 múltiparas, com score de Bishop de 5-6 e membranas intactas. Esta amostra foi separada em grupo no qual foi realizada amniotomia (50) e grupo em que se manteve membranas intactas (50).	No grupo em que foi realizada RAM, 80% demoraram menos de 6h até à expulsão fetal. Já no grupo de controlo, 22% tiveram um tempo de TP inferior a 6h, sendo que as restantes 78%, superior a 6h. Relativamente ao score de Apgar, sete RN tiveram menos de 6/10 no grupo de realização de RAM, o que se verificou em apenas cinco RN no grupo de controlo, o que não é estatisticamente relevante.	Este estudo conclui que há uma diferença estatisticamente relevante entre a realização, ou não de amniotomia, já que esta diminui o tempo de TP. Relativamente ao score de Apgar, não se verifica diferença significativa, com a realização de RAM, assim como não se associa nenhuma complicação com o RN.	Grau de evidência de II (Hockenberry [et al.] 2006),

K.GAGNON-GERVAIS; E. BUJOLD; M. INGLESIAS; L. DUPERRON; A. MASSE; M. MAYRAND; A. SANSREGRET; W. FRASER; F. AUDIBERT	Early versus late amniotomy for labour induction: a randomized controlled trial (Canada, 2012)	Perceber o impacto da amniotomia precoce ou tardia na indução do TP	Tipo de Estudo: Estudo randomizado controlado Amostra: Definida, representativa, constituída num momento comum: 143 grávidas, sendo criados 2 grupos - realização precoce ou tardia de amniotomia, após a indução do TP com ocitocina, sendo os grupos constituídos por primíparas e múltiparas.	A amniotomia foi realizada cerca de 60 a 90 min após o início de perfusão ocitócica no primeiro grupo e cerca de 4h após, no segundo grupo. Verificam-se taxas de cesariana semelhantes nos dois grupos. Depois de exclusão dos casos de cesariana as diferenças foram estatisticamente significativas quer em primíparas como múltiparas. Verifica-se também um maior número de casos de febre intra-parto no grupo em que se realizou amniotomia tardiamente.	Não se verifica diferenças entre a taxa de cesariana na amostra escolhida. Relativamente a duração do TP, este estudo reflete uma menor tempo de TP nos casos de amniotomia precoce. Relativamente a febre intraparto superior no segundo grupo, conclui-se que possa estar associado ao tempo de parto mais prolongado e maior realização de toques vaginais, o que pode defender a execução da amniotomia mais precocemente.	Grau de evidência de II (Hockenberry [et al.] 2006),
S.M. Cooley; M. P. Geary; M.P.Connell; K. McQuillan; P. McParland; D. Keane	How effective is amniotomy as a means of induction of labour? (Irlanda, 2010)	Perceber qual a eficácia do uso de amniotomia, isoladamente, para a indução do TP	Tipo de Estudo: Estudo descritivo retrospectivo Amostra: Definida, representativa, constituída entre 1996 e 1999: 3, 586 grávidas, múltiparas e primíparas foram submetidas a indução do TP através da realização de amniotomia.	Num total de 3, 586 mulheres, o parto espontâneo pode-se verificar em 90,1%, nas primeiras 24h. Nos restantes 9,8% foi introduzida perfusão ocitócica. Um total de 80,5% das mulheres tiveram um TP espontâneo, 7,3% tiveram um parto instrumentado com ventosa, 4,3 com fórceps e 7,9% foram submetidas a cesariana. Considerando a paridade, verificou-se que 90,05% múltiparas tiveram parto espontâneo, o que aconteceu com apenas 63,4% primíparas.	Para induzir o TP, pretendendo que ele decorra naturalmente, a realização de amniotomia é uma técnica adequada. Este estudo demonstra que a paridade é, sem dúvida, uma variável que influencia a eficácia da realização de amniotomia, mas que em ambas as situações é uma técnica segura, viável, não dispendiosa, que não demonstra altas taxas de partos instrumentados nem cesariana.	Grau de evidência de III. (Hockenberry [et al.] 2006),

Wing Fok; Tak Leung; Michelle Tsui; Tse Leung; Tze Lau	Fetal Hhemodynamic changes after amniotomy China, 2005	Observar o fluxo arterial fetal antes e após amniotomia	<p>Tipo de Estudo: Estudo prospectivo observacional</p> <p>Amostra: 35 mulheres, sujeitas a utilização da amniotomia (24 por indução e 11 para acelerar o TP) foram incluídas. Do total, 54% eram primíparas.</p> <p>Metodologia: Foi utilizado Eco-Doppler a cores antes e 30 min. Após a amniotomia. Os vasos observados foram a artéria cerebral média, ductos venoso e artéria renal. Foi medido o IP - índice de pulsatilidade das artérias.</p>	<p>A frequência cardíaca fetal era normal antes e após a realização da amniotomia. Relativamente ao desfecho do TP, 54% tiveram parto eutócico, 34% parto instrumentado e 11% tiveram cesariana. Relativamente ao IP, percebeu-se que não houve diferenças para o ductos venoso, mas que houve uma redução significativa na pressão da artéria cerebral e renal.</p>	<p>Conclui-se que se verifica uma redução significativa entre a pressão das artérias cerebral média e renal, antes e após a realização de amniotomia, o que pode ser justificado por uma resposta psicológica do RN aos estímulos externos (através da libertação de vasodilatadores, como ácido nítrico). Esta é, no entanto, uma postulação que para ser confirmada, exige mais estudos realizados.</p>	<p>Grau de evidência de III. (Hockenberry [et al.] 2006),</p>
---	--	--	---	--	---	---

Tabela 1 - Artigos apresentados e analisados

3.4. Discussão

A realização de amniotomia para indução e/ou acelerar do trabalho de parto é muito utilizada atualmente, quer em países não desenvolvidos como em países desenvolvidos. Segundo as recomendações da WHO, a amniotomia não deve ser utilizada por rotina para acelerar o primeiro estágio do trabalho de parto, já que, embora haja fracas evidências nesta área, estas apontam potenciais riscos. A realização desta revisão permite analisar esta mesma questão, sendo que, para tal, serão analisados diferentes *outcomes*, como referido. O primeiro e principal, é a eficácia da realização de amniotomia da indução/acelerar do trabalho de parto. Os seguintes *outcomes* secundários serão referidos ao longo da discussão.

Tempo de Trabalho de Parto

Estudos realizados anteriormente, demonstraram uma redução do TP, após a realização de amniotomia, comparativamente aos grupos de controle (Frazer [et al.], 1991; Barret e Phillips, 1992; Johnson [et al.], 1997). Também uma meta-análise realizada em 1996, demonstrou esta mesma redução do TP (Carrol [et al.], 1996). A mesma conclusão é retirada nesta revisão, já que de acordo com os resultados apresentados a maioria dos estudos apresentados aponta para uma redução do trabalho de parto com a realização de amniotomia.

De acordo com o estudo apresentado realizado por Cooley et al. (2010), a amniotomia é um método eficaz de indução do TP. No seu estudo descritivo, que incluiu a indução do TP com a realização de amniotomia a 3,586 mulheres, conclui-se que 80,5% tiveram parto eutócico até 24h. No entanto, sendo este um estudo descritivo, não existe a presença de grupo de controlo, o que não permite uma comparação. Macones et al. (2012) documentam uma redução de 2h no tempo de TP em primíparas, comparando o uso de amniotomia antes ou depois dos 4cm de dilatação. Majeed e Tariq (2013), verificou uma diferença significativa no tempo de TP comparando amniotomia com não amniotomia em múltiparas, assim como Abdullah, Saboohi e Hashami (2010), ao comparar a amniotomia com rotura espontânea no progresso do TP. Ajadi et al. (2006) verificam

também uma redução de 82 min no tempo de TP entre o grupo em que se realizou amniotomia e o grupo controle. Mellad et al. (2010) documenta também uma redução do TP no grupo em que é realizada amniotomia, assim como Gagnon-Cervais et al. (2012).

Além da redução do tempo de TP, Majeed e Tariq (2013), conclui uma redução do uso de ocitocina no grupo onde foi realizada amniotomia, possivelmente devido ao aumento da contratilidade uterina verificada após a amniotomia. Este aumento da contratilidade pode ser devido ao apoio da cabeça no colo uterino, provocando pressão, assim como acima referido, devido à possível libertação de prostaglandinas endógenas após a realização de amniotomia. Também no estudo realizado por Mikki et al. (2007) é assinalada uma maior recorrência ao uso de ocitocina no grupo de controle, onde se verifica trabalhos de parto mais demorados.

Por outro lado, a revisão sistemática publicada pela Cochrane e levada a cabo por Smith, Alldred e Markham (2008), não verifica diferenças estatisticamente relevantes entre a utilização ou não da amniotomia relativamente a redução do trabalho de parto, de forma geral. No entanto, os autores admitem que o fato de o critério de divisão dos dois grupos ser uma dilatação inferior ou superior a 4cm pode interferir, já que poderiam verificar-se, por exemplo, diferenças entre a realização aos 3cm ou aos 6cm especificamente, que não são valorizadas. Tendo o grupo de primíparas isoladamente, já foi possível registar por Smith, Alldred e Markham (2008) uma ligeira redução do tempo do segundo estágio de TP no grupo de realização da amniotomia.

Assim como referido na revisão sistemática da Cochrane, um ponto importante que deve ser considerado também nesta revisão, é o fato de os resultados poderem ser alterados pelo altura de realização da amniotomia. Nos diferentes estudos temos diferentes tempos de realização de amniotomia, sendo que deve ser considerado que tal pode alterar o resultado desta técnica. De acordo com Vrouenraets, Roumen e Dehing (2005) quando a indução, inclusive através de amniotomia, é realizada em casos em que o índice de Bishop não é favorável, há um aumento do risco de cesariana.

Taxa cesariana

Na revisão sistemática realizada por Smith, Alldred e Markham (2008), verifica-se uma ligeira tendência a um aumento de taxa de cesariana no grupo de realização de amniotomia, comparativamente a nenhuma intervenção. Este aumento não é, no entanto, estatisticamente significativo, mas os autores recomendam que seja considerado. Outros estudos apresentados referiram não existir diferenças estatísticas entre os dois grupos (de intervenção ou não), embora a maioria dos estudos tenha como amostra grupos de baixo risco, o que diminui as taxas de cesariana (Mikki [et al.], 2007; Gagnon-Cervais [et al.], 2012; Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010; Ajadi [et al.], 2006; Bellad, Kamal e Rajesshwarl, 2010).

De acordo publicações anteriores, não incluídas nesta revisão, como a de Levy et al. (2002), e/ou a de Johnson et al. (1997) verifica-se um aumento significativo da taxa de cesariana com a realização de amniotomia, o que veio contradizer um estudo de 1995, que conclui, assim como a revisão aqui apresentada, não haver diferença estatística entre os dois grupos, no que diz respeito ao risco de cesariana (Mercer [et al.], 1995).

Pelos resultados obtidos, podemos dizer que esta revisão aponta para uma provável não influência da amniotomia na taxa de cesariana, sendo, no entanto um ponto que continue a merecer atenção de outros estudos, para a obtenção de conclusões mais definidas.

Índice de Apgar

A maioria dos estudos aqui apresentados não encontram diferenças no score de Apgar (Mikki [et al.] 2007; Majeed e Tariq, 2013; Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010; Bellad Kamal e Rajesshwarl, 2010), o que vai de encontro a estudos anteriormente realizados (Frazer [et al.], 1991). No entanto, o estudo apresentado levado a cabo por Ajadi et al. (2006), apresenta uma ligeira redução no índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto no grupo em que foi realizada amniotomia.

É importante considerar qualquer resultado que possa indicar a alteração do índice de apgar com a amniotomia; embora nesta revisão não

se verifiquem diferenças estatísticas entre os dois grupos, este é um item que merece atenção de futuros estudos.

Prolapso do cordão umbilical

Só um estudo incluído nesta revisão (Macones [et al.], 2012), documentou dois casos de prolapso do cordão em utilização de amniotomia antes dos 4cm de dilatação, comparativamente a 0 casos no grupo em que foi realizado amniotomia após os 4cm de dilatação. A realização de amniotomia está diretamente ligada a casos de prolapso do cordão. Segundo o maior estudo de revisão sobre prolapso do cordão, esta urgência obstétrica está, em 10% dos casos, associada a amniotomia, sendo a incidência desta de 0,1% a 0,6% (Lin, 2006). A técnica de amniotomia não pode ser realizada com 0% de probabilidade de prolapso do cordão. Mesmo que esta seja efetuada sem ser em contração (diminuindo a pressão intra-membranas e portanto, diminuído a pressão de saída do líquido e de possibilidade de saída também do cordão), nunca é nulo o risco de PCU (Cohain, 2013).

Risco de Alterações do Bem-Estar Fetal

No estudo apresentado realizado por Majeed e Tariq (2013), não se verificou diferenças na FCF entre os dois grupos, mas os autores referem que tal se deve ao fato de ter sido usado estetoscópio de Pinard para monitorização fetal em substituição da monitorização contínua. O mesmo acontece no estudo realizado por Ajadi et al. (2006).

Contrariamente, de acordo com um estudo incluído, prospectivo observacional realizado em 35 mulheres, percebe-se que há uma resposta do feto à amniotomia. Observou-se no referido estudo que se verifica uma redução significativa entre a pressão das artérias cerebral média e renal, antes e após a realização de amniotomia, o que pode ser justificado por uma resposta psicológica do RN aos estímulos externos (Fok [et al], 2005). No entanto, este é o único estudo apresentado que analisa as alterações na resposta fetal.

Outros Riscos (Infecção materna ou neonatal, hemorragia pós-parto, etc.)

Embora não haja estudos que associem a taxa de casos de infecção por EGB com a realização de amniotomia, sabe-se que esta aumenta quanto maior o intervalo entre amniotomia e nascimento, assim como também aumenta com o uso de elétrodos para CTG e com o aumento do número de toques vaginais (Seaward [et al.],1998; Heathetal, 2009 cit por Cohain, 2013). Macones et al. (2012), verificaram um ligeiro aumento do número de casos de corioamnionite, embora estatisticamente não relevante. Contrariamente, no estudo realizado por Mikki et al. (2007) se observam diferenças relativamente a hemorragia pós-parto ou infecção materna.

Satisfação Materna

A satisfação materna poderia ser uma fator a considerar para a realização de amniotomia, sendo anteriores estudos realizados como o de Blanch (1988) referiu que as mulheres a quem foi realizada amniotomia se sentiam mais satisfeitas (de referir que este estudo observou a realização de amniotomia em partos disfuncionais). No entanto, Frazer (1991) verificou não se apresentar diferenças na satisfação materna.

Relativamente à presente revisão, em nenhum dos estudos incluídos à menção à satisfação materna, pelo que não é possível retirar conclusões baseadas nesta revisão.

Implicações para a prática do EEESMO

Esta revisão é realizada com o objetivo principal de compreender qual a melhor atuação, no sentido de saber quais as intervenções a ter pelo EEESMO. É descrito por vários autores que o tempo de trabalho de parto é diferente em primíparas e múltíparas. É importante saber que muitas vezes, as primíparas que chegam ao hospital, podem ainda não se encontrar em trabalho de parto ativo, sendo que, se forem admitidas, começam a contabilizar as horas de trabalho de parto, sendo que este pode ser muito longo. A utilização da amniotomia surge, muitas vezes, como resposta, mesmo que involuntária, a estes trabalhos de parto naturalmente demorados (dado tratar-se de primíparas) (Andrees e Rankin, 2007).

Durante o internamento é muito comum a rotura de membranas durante o primeiro estágio do TP, mas isto deve-se sobretudo ao fato de se fazerem muitos toques vaginais durante o TP, provocando muitas vezes amniotomia, mesmo que involuntária, durante o toque vaginal. Sem intervenção, ou intervenção mínima, é possível manter as membranas íntegras até ao segundo período de TP em cerca de 86% dos casos (Cohain, 2013).

Através desta revisão, é possível verificar que a melhor atuação no que diz respeito a realização da amniotomia é a não realização rotineira desta técnica, pois embora a documentação dos riscos associados seja ainda muito pobre e pouco esclarecedora no que diz respeito à conduta a seguir, sabemos que estes existem. É de extrema importância a consideração destes riscos durante o seguimento do trabalho de parto, de forma a considerar a pertinência da realização da amniotomia.

3.5. Conclusões

Tendo analisado os resultados dos diferentes artigos selecionados, chegamos a conclusão que a realização da amniotomia reduz o tempo de trabalho de parto e é uma técnica de indução que pode ser útil em variados casos, principalmente em países menos desenvolvidos, em que não há acesso a técnicas mais caras como nos países desenvolvidos. Por outro lado, é fundamental a análise da pertinência da realização de amniotomia. Esta não deve ser realizada sem considerar os possíveis riscos envolvidos. Nesta revisão, concluímos que a realização de amniotomia não aumenta a taxa de cesariana, nem altera o índice de Apgar, nem interfere na morbilidade materno-infantil. No entanto, são documentados casos destas complicações, ainda que embora estatisticamente não relevantes.

No que diz respeito às implicações para a atual evidência existente, conclui-se, assim como refere Bricker e Luckas (2012), que novos estudos atualizados e alargados devem ser efetuados nesta área para obtenção de recomendações baseadas em evidência, que possam guiar a prática dos profissionais.

4. REFLEXÃO FINAL

O estágio desenvolvido permitiu a aquisição de competências através das práticas realizadas, mas esta aquisição só foi possível, tendo em conta a reflexão efetuada que permitiu a interiorização dos conhecimentos. Durante este processo foi possível transportar e aplicar no campo de estágio conhecimentos e metodologias adquiridos durante o percurso académico. De forma inversa, as experiências proporcionadas em estágio permitem também uma reflexão e pesquisa, de forma a consolidar conhecimentos. Para além disto, é importante o questionar das várias atuações e práticas, querendo saber o porque das mesmas. Esta vontade de saber o porquê de cada prática realizada e se esta é a melhor maneira de o fazer é o que impulsiona a pesquisa, a procura pela evidência e até mesmo a futura investigação e participação na evidência atual.

Os cuidados prestados às mulheres ao longo do estágio realizado foram sempre com base nos conhecimentos adquiridos (conhecimentos esses com base em evidência), nos conhecimentos que resultam da sua própria experiência e também das necessidades individuais de cada grávida/parturiente/puérpera. Esta atenção às necessidades da mulher é fundamental, já que todo o conhecimento tem que ser adaptado, pois as práticas de enfermagem nunca são isoladas e direccionados para um problema específico, mas para a soma de todas as partes, que é o individuo, o alvo desses mesmos cuidados.

De acordo com Andrade e Santos (2001), “a obstetrícia é uma das especialidades em que, infelizmente, ainda predomina a medicina baseada em opiniões. Nota-se um número excessivo de procedimentos com o objetivo de prevenir o óbito materno e perinatal. Com o avanço da tecnologia, os procedimentos tendem a ser cada vez mais agressivos e invasivos, surgindo dúvidas quanto as formas de cuidado realmente benéficas. É evidente que não deve ser desprezado o conhecimento e prática dos profissionais, mas também que a especialidade seria muito

beneficiada se a experiência desses especialistas fosse validada por meio de revisões sistemáticas da literatura.” Torna-se, assim, fundamental a compreensão de que a prática dos profissionais de saúde materna e obstétrica deve ser guiada pela evidência, no sentido de prestar cuidados adequados e atualizados, sustentados por conhecimento igualmente adequado. No entanto, existe uma progressão contínua na produção de evidência científica o que também torna cada vez mais difícil a distinção e percepção da qualidade da evidência. Nesse sentido, é importante que haja formação e procura de informação constante para que se possa identificar a qualidade e aplicabilidade dos estudos encontrados.

Como referido, o percurso de estágio contou com locais diferentes, locais de estágio estes que permitiram uma oportunidade de aprendizagens e situações que tornaram possível a aquisição de competências. Este relatório pretende apresentar de forma fundamentada esta mesma aquisição. Nos diferentes locais de estágio foram proporcionadas diferentes experiências adequando e completando os objetivos definidos inicialmente, de forma a permitir a aquisição de todos eles, com poucas exceções. No bloco de partos, foi possível a aquisição de competências. Não foi possível a realização de partos de pelve, já que os únicos casos que surgiram, foram enviados para cesariana programada, de forma a reduzir os riscos. Também não foi possível a prática de reanimação neonatal, já que o único caso que surgiu de baixo Apgar, foi revertido através da aspiração de secreções orofaríngeas e da colocação do RN sob uma fonte de calor. Na tabela seguinte é apresentado, de forma sucinta, os números de estágio:

	Grávidas Seguidas	Parturientes Seguidas	Partos Executados	Partos Participados	RN
Total	147	54	43	8	54

Tabela 2 - Experiências de Estágio

Além dos resultados apresentados, foi também possível o acompanhamento de muitas outras parturientes, mas que não foram

registadas porque não foi realizado, nem participado no parto destas. Tal devia-se aos turnos efetuados, que muitas vezes não permitiam o seguimento até ao fim das mulheres, ou de complicações, que obrigavam à realização de cesariana. No entanto, os turnos efetuados foram sempre em doze horas, o que, tendo em conta o serviço, era o melhor para permitir o acompanhamento das senhoras.

Relativamente aos objetivos gerais propostos inicialmente, temos a aprendizagem de situações e interiorização e articulação de conhecimentos no ciclo de vida e reprodutor da mulher, que foi bem-sucedida ao longo de este estágio, já que houve oportunidades de aprendizagem e contacto com diferentes situações. O HPH e as equipas com as quais houve contacto proporcionaram os meios necessários para o atingir destes objetivos.

O último objetivo definido, que foi desenvolvido ao longo da segunda parte deste relatório, permitiu o desenvolvimento, com base na investigação e evidência científica de um tema escolhido, problematizando o uso da amniotomia.

A realização de revisões integrativas é fundamental no sentido de contribuir para a investigação de determinado tema, podendo este tipo de investigações apresentar resultados completos, incluindo diferentes pontos sobre o tema em questão. No entanto, esta possibilidade de inclusão de diferentes critérios, limita um pouco a qualidade destes estudos, já que diminuem a sua fiabilidade. De qualquer forma, tendo em conta o tema investigado neste relatório, esta era a forma ideal de o fazer, já que o que se pretende é a apresentação, não só da eficácia da amniotomia como método indutor e acelerador do trabalho de parto, mas também apresentar os seus possíveis riscos e complicações. Para tal foram selecionados artigos com diferenças nos seus objetivos.

Tendo realizado uma análise atenta de todos os artigos, estes foram apresentados de forma esquemática. Diferentes estudos foram apresentados, tendo como amostras primíparas ou múltiparas, utilizando amniotomia precoce ou mais tardia, ou comparando o uso de amniotomia com nenhum método. As conclusões foram semelhantes: através da análise realizada é possível concluir que a amniotomia verifica-se como uma

técnica que é bem-sucedida na indução do TP, assim como em acelerar o TP, reduzindo o seu tempo total (maioritariamente reduzindo o primeiro estágio de TP), quer em múltiparas como primíparas.

Os riscos associados a esta técnica são também aqui apresentados em diferentes estudos. No entanto, embora haja diferenças em alguns números relativos ao índice de Apgar, taxa de cesariana ou outros, não se verificam diferenças estatisticamente relevantes para considerar os riscos como elevados. Muitos dos autores, inclusive uma revisão sistemática, concluem que novos estudos devem ser realizados.

Esta implicação para evidência é importante; é também a maior conclusão retirada deste estudo. É fundamental ter números corretos e atualizados sobre as práticas que são realizadas, pelo que é importante efetuar novos estudos, rigorosos, que nos possam garantir, ou não, a segurança da técnica de amniotomia.

De acordo com a WHO, um trabalho de parto muito demorado pode acarretar riscos, pelo que a amniotomia pode surgir aqui como um método útil, principalmente em países não desenvolvidos, em que não existem os meios de vigilância e monitorização pós e intraparto, que temos nos países desenvolvidos.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu uma exposição do percurso percorrido, apresentando coincidentemente uma descrição das atividades e intervenções realizadas, assim como a apresentação do processo de investigação realizado. Todo este processo facilitou o desenvolvimento e aquisição de competências, através de uma reflexão das diferentes intervenções e diferentes situações vivenciadas, que foi possível devido não só aos conhecimentos previamente adquiridos, mas também através da procura constante de informação atualizada e recontextualização dos saberes baseados na evidência mais atual.

A prática baseada na evidência possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao casal e permite o desenvolvimento de um espírito reflexivo e de exigência na prestação de cuidados.

A incorporação crescente do enfermeiro na assistência obstétrica constitui uma das estratégias para a implantação de um atendimento humanizado livre de intervenções desnecessárias, preservando-se a autonomia da mulher durante o parto e nascimento. Esta capacidade de aquisição de competências e de reflexão sobre as mesmas foi o grande objetivo deste relatório, deste estágio e da formação ao longo do MESMO.

Este documento espelha o cumprimento de um objetivo e a descrição de um considerável percurso, que permitiu assimilar e desenvolver conhecimentos e competências, assistir diferentes casais e compreender os seus projetos de gravidez e parentalidade. O percurso efetuado compreendeu as diferentes etapas da gravidez, parto e pós-parto, o que permite um acompanhamento integral desta transição na vida do casal, caracterizada por uma incorporação das mudanças que altera o seu comportamento e redefine a sua identidade.

Considerando o percurso percorrido verificam-se momentos de maior dificuldade, principalmente no que diz respeito a capacidade de conciliação das vivências pessoais e profissionais com as exigências deste processo, mas é possível perceber nesta fase final que a atuação e postura proactiva adotada permitiu ultrapassar todos os obstáculos. É possível, agora, identificar as etapas essenciais que possibilitaram chegar aqui: Os conhecimentos prévios e a sua recontextualização, as experiências, a prática, a busca incessante do conhecimento científico mais atualizado e a motivação constante.

No presente relatório, de forma a problematizar situações e ser capaz de dar resposta à competência de investigar e reconhecer a importância da prática baseada em evidências científicas, foi apresentada uma investigação sob a forma de revisão integrativa da literatura sobre a eficácia da amniotomia e os seus riscos. Esta pesquisa foi desenvolvida, tendo como ponto de partida a necessidade de guidelines adequadas e atualizadas sobre as intervenções a adotar nesta temática. A percepção da importância da pesquisa e atualização constante foi realçada com a realização desta revisão, como de muitos outros trabalhos ao longo da minha formação.

Com a revisão de artigos atualizados sobre o tema, foi possível concluir que é necessária a realização de mais estudos, atualizados e abrangentes, já que existe uma lacuna neste tema, não existindo muita informação que permita guiar a prática de cuidados. Após análise dos artigos apresentados conclui-se que a amniotomia é eficaz na indução e no acelerar do TP, mas que pode trazer alguns riscos. Estes riscos são aumento da taxa de cesariana, redução do índice de Apgar, prolapso do cordão, infecção materna e neonatal, entre outros. Embora estes riscos existam, os estudos apresentados mostram que, na sua maioria, as diferenças entre os grupos de controle e de amniotomia não são estatisticamente relevantes. Esta conclusão reforça a necessidade de novos estudos, mais precisos e alargados.

Com a finalização deste estágio e deste relatório, foi também possível perceber que um dos pontos muito positivos desta área de ciências humanas, é que o contato com a vida das outras pessoas, enriquece a nossa própria vida, a nossa forma de ser e estar perante os outros e nos mesmos. Torna-se assim importante referir que este estágio foi extremamente positivo profissionalmente, como pessoalmente.

Conclui-se, desta forma, este relatório, assim como a minha formação nesta etapa, com consciência da relevância do percurso realizado para aprimorar as minhas competências que se tornaram bagagem indispensável para a prestação de cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família no processo da maternidade.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, Vigdis; Nilsen, Anne Britt Vika; Lukasse, Mirjam; Reinar, Liv Merete - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Em linha] n.º 12 (2011). p. CD006672. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=2216140>

Aisha, A; Saboohi, S; Hashami, U. - Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae. *Journal of Liaquat University of Medical and Health Sciences* [Em linha] Vol. 9. n.º 1 (2010) p. 33-36. Disponível em WWW: beta.lumhs.edu.pk/jlumhs/.../pdfs/v9n1oa08.pdf

Ajadi, M. A.;Kuti, O.;Orji, E. O.;Ogunniyi, S. O.;Sule, S. S. - The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 26. n.º 7 (2006). p. 631-4. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17071428>>

Al-Safi, Z.;Imudia, A. N.;Filetti, L. C.;Hobson, D. T.;Bahado-Singh, R. O.;Awonuga, A. O. - Delayed postpartum preeclampsia and eclampsia: demographics, clinical course, and complications. *Obstet Gynecol* [Em linha] Vol. 118. n.º 5 (2011). p. 1102-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21979459>>

Alfirevic, Z.;Devane, D.;Gyte, G. M. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 5. (2013). p. CD006066. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728657>>

Alsammani, M. A.;Ahmed, S. R. - Fetal and maternal outcomes in pregnancies complicated with fetal macrosomia. *N Am J Med Sci* [Em linha] Vol. 4. n.º 6 (2012). p. 283-6. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22754881>>

American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus;Newborn;American College of, Obstetricians;Gynecologists;Committee on Obstetric, Practice - The Apgar score. *Pediatrics* [Em linha] Vol. 117. n.º 4 (2006). p. 1444-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585348>>

American College of, Nurse-Midwives - Intermittent Auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance (replaces ACNM Clinical Bulletin #9, March 2007). *J Midwifery Womens Health* [Em linha] Vol. 55. n.º 4 (2010). p. 397-403. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630370>

Andrade, P. C. ; Santos, J. F. K. Contribuições da medicina baseada em evidências para a prática obstétrica intraparto. *Revista Diagnóstico & Tratamento* (2001), pp. 28-32

Anim-Somuah, M.;Smyth, R. M.;Jones, L. - Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 12 (2011). p. CD000331. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161362>>

Athukorala, C.;Middleton, P.;Crowther, C. A. - Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 4 (2006). p. CD005543. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054263>>

Campos, D.;Bernardes, J. - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: time for a simplified approach? *Int J Gynaecol Obstet*. Vol. 110. n.º 1 (2010). p. 1-6. 1879-3479

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras - **Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso.** Federación de Asociaciones de Matronas de España, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Lisboa: Lusociência, 2009. ISBN - 978-972-8930-49-3;

Barrett, J. F.;Savage, J.;Phillips, K.;Lilford, R. J. - Randomized trial of amniotomy in labour versus the intention to leave membranes intact until the second stage. *Br J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 99. n.º 1 (1992). p. 5-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1547173>>

0306-5456 (Linking)

Basevi, V.;Lavender, T. - Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 11. (2014). p. CD001236. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25398160>>

Begley, C. M.;Gyte, G. M.;Devane, D.;McGuire, W.;Weeks, A. - Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 11 (2011). p. CD007412. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071837>

Bellad, MB; Kamal, P; Rajeshwarl, P. Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labour in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*. N° 2, Vol. 1. (2010) p. 37-39

Bia, Florbela Maria. - Sexualidade no pós-parto: A outra face da Maternidade. *Revista Nursing*. Nursing : revista de formação contínua em enfermagem. - ISSN 0871-6196. - A.22 , N° 260 (Ag. 2010) , p. 8-18

Bharathi, K. N.; Prasad, K. - A comparison of nifedipine with methyldopa for control of blood pressure in mild to moderate pregnancy induced hypertension. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Em linha] n° 4 p.2406-2409. Disponível em WWW: http://www.jcdr.net/back_issues.asp?issn=0973-709x&year=2010 &month=June &volume=4&issue=3&page=2406-2409 &id=584

Blackadar, C. S.;Viera, A. J. - A retrospective review of performance and utility of routine clinical pelvimetry. *Fam Med* [Em linha] Vol. 36. n.º 7 (2004). p. 505-7. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15243832>

Blanch, G.;Lavender, T.;Walkinshaw, S.;Alfirevic, Z. - Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 105. n.º 1 (1998). p. 117-20. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9442174>

Bloom, S. L.;Casey, B. M.;Schaffer, J. I.;McIntire, D. D.;Leveno, K. J. - A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha] Vol. 194. n.º 1 (2006). p. 10-3. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389004>

Blume-Peytavi, U.;Hauser, M.;Stamatas, G. N.;Pathirana, D.;Garcia Bartels, N. - Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatr Dermatol* [Em linha] Vol. 29. n.º 1 (2012). p. 1-14. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22011065>

Bond, K.; Guo, B. - Transcutaneous bilirubinometry for the screening of hyperbilirubinemia in neonates ≥ 35 week's gestation [Em linha] Canadian Electronic Library (Firm),, Ebrary CEL - York University., & Institute of Health Economics. (2013). Disponível em WWW: <http://www.ihe.ca/publications/library/2013/transcutaneous-bilirubinometry-for-the-screening-of-hyperbilirubinemia-in-neonates-35-weeks-gestation/>

Borders, N.;Lawton, R.;Martin, S. R. - A clinical audit of the number of vaginal examinations in labor: a NOVEL idea. *J Midwifery Womens Health* [Em linha] Vol. 57. n.º 2 (2012). p. 139-44. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22432485>>

Bradley, D. A.;Schira, M. G. - A comparison of three childbirth education class formats. *Journal of Perinatal Education* [Em linha] Vol. 4. n.º 3 (1995). p. 29-35. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=1997017417&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Bricker, L.;Luckas, M. - Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 4 (2000). p. CD002862. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034776>>

Brisson-Carroll, G.;Fraser, W.;Bréart, G.;Krauss, I.;Thornton, J. - The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis. *Obstetrics And Gynecology* [Em linha] Vol. 87. n.º 5 Pt 2 (1996). p. 891-896. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8677130&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Buchanan, S. L.;Patterson, J. A.;Roberts, C. L.;Morris, J. M.;Ford, J. B. - Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 52. n.º 2 (2012). p. 173-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22384940>>

Bugg, G. J.;Siddiqui, F.;Thornton, J. G. - Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 6. (2013). p. CD007123. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794255>>

Brazelton, T. - **Touchpoints**. Lisboa : Editorial Presença, 1995.

Cabero Roura, L.;Keith, L. G. - Post-partum haemorrhage: diagnosis, prevention and management. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Em linha] Vol. 22 Suppl 2. (2009). p. 38-45. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951082>>*

Calais-Germaine ; Blandine ; Parés, Núria Vives. Parir en movimiento. Barcelona : La Liebre de Marzo, S. L., 2010. 978-84-92470-12-9.

Campos, D. A.; Montenegro, N.; Rodrigues, T. - **Protocolos de Medicina Materno-Fetal**. 2ª Ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2008.

Can, O. S.;Yilmaz, A. A.;Gurcan, E.;Alkis, N.;Uysalel, A. - Is post partum headache after epidural anaesthesia always innocent? *European Journal Of*

Anaesthesiology [Em linha] Vol. 25. n.º 8 (2008). p. 697-700. Disponível em WWW:

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18590583&lang=pt-br&site=ehost-live>>

CEFEN, Comité de Estudios Fetoneonatales, Subcomité de Recomendaciones. - *Hipoglucemia en el recién nacido de riesgo*. (2002), p. 100(5).

Charlier, V.;Brichant, G.;Dewandre, P. Y.;Foidart, J. M.;Brichant, J. F. - [Obstetrical epidural analgesia and postpartum backache]. *Rev Med Liege* [Em linha] Vol. 67. n.º 1 (2012). p. 16-20. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420098>>

Churchill, D.;Duley, L.;Thornton, J. G.;Jones, L. - Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 7. (2013). p. CD003106. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888485>>

Cluett, E. R.;Nikodem, V. C.;McCandlish, R. E.;Burns, E. E. - Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 2 (2004). p. CD000111. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106143>>

Coco, Andrew;Derksen-Schrock, Andrew;Coco, Kathleen;Raff, Thomas;Horst, Michael;Hussar, Eric - A randomized trial of increased intravenous hydration in labor when oral fluid is unrestricted. *Family Medicine* [Em linha] Vol. 42. n.º 1 (2010). p. 52-56. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20063224&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Cohain, J. S. - Amniotomy and cord prolapse. *Midwifery Today Int Midwife* [Em linha] n.º 108 (2013a). p. 32-3. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24511837>>

Cohain, J. S. - The less studied effects of Amniotomy. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Em linha] Vol. 26. n.º 17 (2013b). p. 1687-90. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611559>>

Cooley, S. M.;Geary, M. P.;O'Connell, M. P.;McQuillan, K.;McParland, P.;Keane, D. - How effective is amniotomy as a means of induction of labour? *Irish Journal Of Medical Science* [Em linha] Vol. 179. n.º 3 (2010). p. 381-383. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20509002&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Couto, Germano Rodrigues - [Nurses' conceptualization on childbirth preparation]. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* [Em linha] Vol. 14. n.º 2 (2006). p. 190-198. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16699692&lang=pt-br&site=ehost-live>

Couto, Germano Rodrigues. - Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de Uma Área Urbana e de Uma Área Rural. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado (2002). Disponível em WWW: <http://hdl.handle.net/10216/9730>

Craig, J. V.; Smyth, R. L. - **Prática Baseada na Evidência: Manual Para Enfermeiros**. Loures : Lusociência, 2004.

Darling, E. K.; McDonald, H. - A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Em linha] Vol. 55. n.º 4 (2010). p. 319-327. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010732845&lang=pt-br&site=ehost-live>

de Vries, C. A.; de Vries, R. G. - Childbirth education in the 21st century: an immodest proposal. *Journal of Perinatal Education* [Em linha] Vol. 16. n.º 4 (2007). p. 38-48. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009753422&lang=pt-br&site=ehost-live>

Devane, D.; Lalor, J. G.; Daly, S.; McGuire, W.; Smith, V. - Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha] Vol. 2. (2012). p. CD005122. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336808>

Doyle, L. W.; Crowther, C. A.; Middleton, P.; Marret, S.; Rouse, D. - Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha] n.º 1 (2009). p. CD004661. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160238>

Evans, R. - Emotional care for women who experience miscarriage. *Nurs Stand* [Em linha] Vol. 26. n.º 42 (2012). p. 35-41. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22908762>

Fawole, B.; Hofmeyr, G. J. - Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha] n.º 4 (2003). p. CD000136

Fawole, B.;Hofmeyr, G. J. - Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 12. (2012). p. CD000136. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235574>>

Figueiredo, Bárbara - Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. Asociación Española de Psicología Conductual AEPC, 2003. Disponível em WWW: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=721106>>

Flenady, V.;King, J. - Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 3 (2002). p. CD001807. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137635>>

Fok, W. Y.;Leung, T. Y.;Tsui, M. H.;Leung, T. N.;Lau, T. K. - Fetal hemodynamic changes after amniotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Em linha] Vol. 84. n.º 2 (2005). p. 166-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15683378>>

Fraser, W. D.;Sauve, R.;Parboosingh, I. J.;Fung, T.;Sokol, R.;Persaud, D. - A randomized controlled trial of early amniotomy. *Br J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 98. n.º 1 (1991). p. 84-91. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1998638>>

Fraser, W. D.;Turcot, L.;Krauss, I.;Brisson-Carrol, G. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 2 (2000). p. CD000015. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796086>>

Gagnon-Gervais, K.;Bujold, E.;Iglesias, M. H.;Duperron, L.;Masse, A.;Mayrand, M. H.;Sansregret, A.;Fraser, W.;Audibert, F. - Early versus late amniotomy for labour induction: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Em linha] Vol. 25. n.º 11 (2012). p. 2326-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22616980>>

Galvao, DG - Education in maternal breastfeeding and their repercussions in clinical practice. *Rev Bras Enferm* [Em linha] Vol. 64, nº2 (2011) p. 308-314. Disponível em: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755215](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755215)>;

Glover, V.;Onozawa, K.;Hodgkinson, A. - Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Semin Neonatol* [Em linha] Vol. 7. n.º 6 (2002). p. 495-500. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614602>>

Graça, LM - **Medicina Materno-Fetal**. 4ªed., Lidel, 2010. ISBN - 9789727576548

Group, World Health Organization. Technical Working - Care in normal birth: a practical guide. *Birth: Issues in Perinatal Care* [Em linha] Vol. 24. n.º 2 (1997). p. 121-123. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=1997030585&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Harvey, B. - Use of CTG monitoring: are recommendations suitable? *RCM Midwives* [Em linha] Vol. 7. n.º 12 (2004). p. 518-20. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15622911>

Hassan, S. J.; Sundby, J.; Hussein, A.; Bjertness, E. - The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reprod Health* [Em linha] Vol. 9. (2012). p. 16. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22929060>>

Hodnett, E. D.; Gates, S.; Hofmeyr, G. J.; Sakala, C. - Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 10. (2012). p. CD003766. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076901>>

Hofmeyr, G. J.; Abdel-Aleem, H.; Abdel-Aleem, M. A. - Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 3 (2008). p. CD006431. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646154>>

Holbrook, Bradley D.; Phelan, Sharon T. - Umbilical cord prolapse: A plan for an ob emergency. *Contemporary OB/GYN* [Em linha] Vol. 58. n.º 9 (2013). p. 28-36. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012299441&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Hotelling, B. A. - Using the official lamaze guide in childbirth education classes. *J Perinat Educ* [Em linha] Vol. 15. n.º 3 (2006). p. 47-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541460>>

Imdad, A.; Bautista, R. M.; Senen, K. A.; Uy, M. E.; Mantaring, J. B., 3rd; Bhutta, Z. A. - Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 5. (2013). p. CD008635. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728678>>

Imdad, A.;Yakoob, M. Y.;Siddiqui, S.;Bhutta, Z. A. - Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. *BMC Public Health* [Em linha] Vol. 11 Suppl 3. (2011). p. S1. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501426>>

Janssen, Patricia;Shroff, Farah;Jaspar, Paula - Massage During Labor May Delay Epidural Use. *Massage Magazine* [Em linha] n.º 203 (2013). p. 62-62. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=86474186&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Johnson, N.;Lilford, R.;Guthrie, K.;Thornton, J.;Barker, M.;Kelly, M. - Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 104. n.º 3 (1997). p. 340-6. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091013>>

Kalichman, L. - Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Isr Med Assoc J.* [Em linha] Vol. 10. n.º 7 (2008). p. 531-3. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18751635>>

Kayem, G.;Mandelbrot, L.;Haddad, B. - [Use of magnesium sulfate in obstetrics]. *Gynecol Obstet Fertil* [Em linha] Vol. 40. n.º 10 (2012). p. 605-13. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22995056>>

Kettle, C.;Dowswell, T.;Ismail, K. M. - Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 11. (2012). p. CD000947. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23152204>

Labat, D. B. Predictors and correlates of anxiety in women hospitalized with high-risk pregnancy. *Dissertation from the Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences* [Em linha] Texas, U.S.A. : s.n. (2007)

Lawrence, A.;Lewis, L.;Hofmeyr, G. J.;Styles, C. - Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 8. (2013). p. CD003934. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959763>

Levy, R.;Ferber, A.;Ben-Arie, A.;Paz, B.;Hazan, Y.;Blickstein, I.;Hagay, Z. J. - A randomised comparison of early versus late amniotomy following cervical ripening with a Foley catheter. *BJOG* [Em linha] Vol. 109. n.º 2 (2002). p. 168-72. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11888099>>

Liang, C. C.;Chang, S. D.;Wong, S. Y.;Chang, Y. L.;Cheng, P. J. - Effects of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women undergoing cesarean delivery. *J Obstet Gynaecol Res* [Em linha] Vol. 36. n.º 5 (2010). p. 991-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20846254>>

Lin, M. G. - Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Surv* [Em linha] Vol. 61. n.º 4 (2006). p. 269-77. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551378>>

Lippi, G.;Franchini, M. - Vitamin K in neonates: facts and myths. *Blood Transfus* [Em linha] Vol. 9. n.º 1 (2011). p. 4-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084009>>

Lobner, K.;Knopff, A.;Baumgarten, A.;Mollenhauer, U.;Marienfeld, S.;Garrido-Franco, M.;Bonifacio, E.;Ziegler, A. G. - Predictors of postpartum diabetes in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes* [Em linha] Vol. 55. n.º 3 (2006). p. 792-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16505245>>

Lothian, J. - Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Em linha] Vol. 35. n.º 2 (2006). p. 295-303. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620258>>

Lothian, J. A. - Listening to Mothers II: Knowledge, Decision-Making, and Attendance at Childbirth Education Classes. *J Perinat Educ* [Em linha] Vol. 16. n.º 4 (2007). p. 62-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18769524>>

Lowdermilk, D; Perry, S; Shannon, E - Enfermagem na Maternidade. 7ª Ed., Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1;

MacArthur, Alison - Postpartum Analgesia. *Revista Mexicana de Anestesiologia* [Em linha] Vol. 28. (2005). p. S47-S53. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=17550095&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Mahmood, I.;Jamal, M.;Khan, N. - Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak* [Em linha] Vol. 21. n.º 10 (2011). p. 601-5. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015120>

Marjorie A.; Jean R. - Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. *British Journal of Midwifery*. n.º 10 Vol. 15 (2007). pp 612 - 616

Marques, Joana Borges;Reynolds, Ana - Shoulder dystocia: an obstetrical emergency. 2011. Disponível em WWW:

<<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/480/188>>

Majeed, N.; Tariq, S. - **Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae.** *Journal of Rawalpindi Medical College (JPMC)* . n.º 17, Vol. 2. (2012)

McDonald, Susan J.; Middleton, Philippa; Dowswell, Therese; Morris, Peter S. - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Em linha] Vol. 7. (2013). p. CD004074. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23843134&lang=pt-br&site=ehost-live>>

McKinney, D. - A qualitative study of the Bradley Method of childbirth education. *International Journal of Childbirth Education* [Em linha] Vol. 21. n.º 3 (2006). p. 26-29. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009346558&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Meleis, A. I.; Trangenstein, P. A. - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook* [Em linha] Vol. 42. n.º 6 (1994). p. 255-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>>

Mendes, Karina Dal Sasso; Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão, Cristina Maria - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Em linha] Vol. 17. (2008). p. 758-764. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&nrm=iso>

Mercer, B. M.; McNanley, T.; O'Brien, J. M.; Randal, L.; Sibai, B. M. - Early versus late amniotomy for labor induction: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha] Vol. 173. n.º 4 (1995). p. 1321-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7485346>>

Mercer, J. S.; Erickson-Owens, D. A.; Graves, B.; Haley, M. M. - Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health* [Em linha] Vol. 52. n.º 3 (2007). p. 262-72. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467593>>

Mercer, R. T.; Walker, L. O. - A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Em linha] Vol. 35. n.º 5 (2006). p. 568-582. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009291235&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Mikki, N.;Wick, L.;Abu-Asab, N.;Abu-Rmeileh, N. M. - A trial of amniotomy in a Palestinian hospital. *J Obstet Gynaecol*. Vol. 27. n.º 4 (2007). p. 368-73. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654188>>

Moore, A. R.;Shan, W. L.;Hatzakorzian, R. - Predicting early epidurals: association of maternal, labor, and neonatal characteristics with epidural analgesia initiation at a cervical dilation of 3 cm or less. *Local Reg Anesth* [Em linha] Vol. 6. (2013). p. 25-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24062617>>

Moore, E. R.;Anderson, G. C.;Bergman, N.;Dowswell, T. - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 5. (2012). p. CD003519. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592691>>

Mousa, H. A.;Alfirevic, Z. - Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 1 (2007). p. CD003249. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253486>>

Oberg, V. - The amniotomy question: examining the pros and cons of rupturing membranes. *Midwifery Today Int Midwife* [Em linha] n.º 95 (2010). p. 9-10, 62-4. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20949780>>

Ohlsson, A.;Shah, V. S. - Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] Vol. 1. (2013). p. CD007467. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440815>>

Organization, World Health - Guidelines on Basic Newborn Resuscitation [Em linha] (2012). Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23700652&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Pena-Marti, G.;Comunian-Carrasco, G. - Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 4 (2007). p. CD005462. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943858>>

Peralta, Cleisson Fábio Andrioli;Figueiredo Neto, Mário de;Hidalgo, Simone Ravacci;Sbragia Neto, Lourenço;Rosa, Izilda Rodrigues Machado;Marussi, Emílio Francisco;Barini, Ricardo - Uropatias obstrutivas bilaterais fetais: sinais ultrassonográficos durante a gravidez e evolução pós-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Em linha] Vol. 31. (2009). p. 540-

546. Disponível em WWW:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009001100003&nrm=iso

Pereira, Maria Adriana. **Aleitamento Materno**. Loures : Lusociência, 2006.

Plunk, M.;Lee, J. H.;Kani, K.;Dighe, M. - Imaging of postpartum complications: a multimodality review. *AJR Am J Roentgenol* [Em linha] Vol. 200. n.º 2 (2013). p. W143-54. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23345378>>

Politi, S.;D'Emidio, L.;Cignini, P.;Giorlandino, M.;Giorlandino, C. - Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. *J Prenat Med* [Em linha] Vol. 4. n.º 3 (2010). p. 35-42. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22439059>>

Reveiz, L.;Gaitan, H. G.;Cuervo, L. G. - Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha] Vol. 5. (2013). p. CD000330. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728632>>

Roggensack, A.;Jefferies, A. L.;Farine, D.;Basso, M.;Delisle, M. F.;Hudon, L.;Mundle, W. R.;Murphy-Kaulbeck, L. C.;Ouellet, A.;Pressey, T. - Management of meconium at birth. *J Obstet Gynaecol Can* [Em linha] Vol. 31. n.º 4 (2009). p. 353-4, 355-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19497156>>

Romero-Arauz, J. F.;Morales-Borrego, E.;Garcia-Espinosa, M.;Peralta-Pedrero, M. L. - [Clinical guideline. Preeclampsia-eclampsia]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Em linha] Vol. 50. n.º 5 (2012). p. 569-79. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23282276>>

Rossato, Norma Elena - Nidos de contención para recién nacidos y riesgo de muerte súbita del lactante. *Archivos argentinos de pediatría* [Em linha] Vol. 111. (2013). p. 62-68. Disponível em WWW: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000100021&nrm=iso>

Sã, E. - A importância do toque e da massagem do RN. S M Carvalho Teixeira. *A psicologia da saúde* [Em linha] Climepsi Editores. (2007). pp. 146-157.

Salim, N. R.;Araujo, N. M.;Gualda, D. M. - Body and sexuality: puerperas' experiences. *Rev Lat Am Enfermagem* [Em linha] Vol. 18. n.º 4 (2010). p. 732-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20922320>>

Sampselle, C. M.; Miller, J. M.; Luecha, Y.; Fischer, K.; Rosten, L. - Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Em linha] Vol. 34. n.º 6 (2005). p. 695-702. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282227>>

Schiermeier, S.; Westhof, G.; Leven, A.; Hatzmann, H.; Reinhard, J. - Intra- and interobserver variability of intrapartum cardiotocography: a multicenter study comparing the FIGO classification with computer analysis software. *Gynecol Obstet Invest* [Em linha] Vol. 72. n.º 3 (2011). p. 169-73. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21921568>>

Serhan, N.; Ege, E.; Ayranci, U.; Kosgeroglu, N. - Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs* [Em linha] Vol. 22. n.º 1-2 (2013). p. 279-84. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216556>>

Sharf, Y.; Farine, D.; Batzalel, M.; Megel, Y.; Shenhav, M.; Jaffa, A.; Barnea, O. - Continuous monitoring of cervical dilatation and fetal head station during labor. *Med Eng Phys* [Em linha] Vol. 29. n.º 1 (2007). p. 61-71. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16495119>>

Simpson, K. R.; James, D. C. - Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs Res* [Em linha] Vol. 54. n.º 3 (2005). p. 149-57. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15897790>>

Singata, M.; Tranmer, J.; Gyte, G. M. - Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 1 (2010). p. CD003930. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>>

Skrablin, S.; Grgic, O.; Mihaljevic, S.; Blajic, J. - Comparison of intermittent and continuous epidural analgesia on delivery and progression of labour. *J Obstet Gynaecol* [Em linha] Vol. 31. n.º 2 (2011). p. 134-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281028>>

Smith, Jenny - Myles Textbook for Midwives, 15th edition. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Em linha] Vol. 30. n.º 4 (2010). p. 430-431. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=50330312&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Smyth, R. M.; Alldred, S. K.; Markham, C. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Ver* [Em linha] n.º 4 (2007). p. CD006167. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943891>>

Stevens, B.;Yamada, J.;Lee, G. Y.;Ohlsson, A. - Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha] Vol. 1. (2013). p. CD001069. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440783>>

Tamagawa, Kana;Weaver, Jane - Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. *British Journal of Midwifery* [Em linha] Vol. 20. n.º 10 (2012). p. 704-708. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011720349&lang=pt-br&site=ehost-live>>

Viswanathan, M.;Hartmann, K.;Palmieri, R.;Lux, L.;Swinson, T.;Lohr, K. N.;Gartlehner, G.;Thorp, J., Jr. - The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* [Em linha] n.º 112 (2005). p. 1-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15910014>>

Vrouenraets, F. P.;Roumen, F. J.;Dehing, C. J.;van den Akker, E. S.;Aarts, M. J.;Scheve, E. J. - Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol* [Em linha] Vol. 105. n.º 4 (2005). p. 690-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802392>>

Walfisch, A.;Hallak, M.;Harlev, S.;Mazor, M.;Shoham-Vardi, I. - Association of spontaneous perineal stretching during delivery with perineal lacerations. *J Reprod Med* [Em linha] Vol. 50. n.º 1 (2005). p. 23-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15730169>>

Westhoff, Gina;Cotter, Amanda M.;Tolosa, Jorge E. - Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Em linha] Vol. 10. (2013). p. CD001808. Disponível em WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24173606&lang=pt-br&site=ehost-live>

Western Australian Centre for evidence based nursering and Midwifery - *Manejo de la hipoglucemia asintomática en neonatos a término sanos: Best Practice Information Sheet*. (2006) p. 10(1).

Whittemore, R.;Knafl, K. - The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Em linha] Vol. 52. n.º 5 (2005). p. 546-53. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>

WHO - *Recommendations on newborn health* - Geneva: World Health Organization, 1986;

World Health Organization: WHO - *Care in normal birth: a practical guide*.
Geneva. 1996.

7. ANEXOS

**LISTA DE COMPETENCIAS DO EEESMO SEGUNDO O
REGULAMENTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**

Competências Do EEESMO Segundo Regulamento da Ordem Dos Enfermeiros

- H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.
- H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.
- H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.
- H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.
- H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.
- H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
- H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.
- H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis.
- H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
- H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
- H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
- H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos.
- H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.
- H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos.
- H1.3.4. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
- H1.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.
- H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.
- H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez.
- H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.
- H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.
- H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.
- H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.
- H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.
- H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.
- H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.
- H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.
- H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.
- H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.
- H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.
- H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação
- H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
- H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.

H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.

H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.

H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.

H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.

H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.

H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.

H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez.

H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante.

H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.

H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.

H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.

H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.

H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.

H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.

H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.

H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.

H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.

H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.

H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica

H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.

H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.

H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.

H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.

H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.

H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.

H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando

as situações que estão para além da sua área de actuação.

H3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.

H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.

H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.

H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto.

H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.

H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.

H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.

H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.

H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.

H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.

H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.

H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.

H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante.

H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido

H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal.

H4.3.8. Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.

H4.3.9. Coopera com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante.

H4.3.10. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal.

H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO E PARTOS REALIZADOS

Estágio Realizado no Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, nos serviços de Obstetrícia, Internamento de Grávidas de Risco e Bloco de Partos.

	De Risco	Normais (em consulta)
Nº de Grávidas Seguidas	24	123

	De Risco	Normais
Nº de Parturientes	11	43

	Com Episiotomia	Sem Episiotomia
Nº de Partos Executados	24	19

	Cefálico	Pélvico
Nº de Partos Participados	8	0

	Grávidas Seguidas	Parturientes Seguidas	Partos Executados	Partos Participados	RN
Total	147	54	43	8	54